UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969 — N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE EN MILIEU ALGÉRIEN

(à propos de 25 Observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 21 Mars 1969

par

ZIARI Abdelaziz

Interne des Hôpitaux d'Alger

né le 28 Août 1945 à Constantine

Membres du Jury :

M. J. LEBON, (Professeur de Clinique Médicale)	**Président**
M. G. ILLOUL, Maître de Conférences Agrégé (Gastro-Entérologie)	**Juges**
M. B. MENTOURI, Maître de Conférences Agrégé (Chirurgie) . . .	
M. O. BOUDJELLAB, Maître de Conférences Agrégé (Cardiologie) . .	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969 — N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE EN MILIEU ALGÉRIEN

(à propos de 25 Observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 21 Mars 1969

par

ZIARI Abdelaziz

Interne des Hôpitaux d'Alger

né le 28 Août 1945 à Constantine

Membres du Jury :

M. J. LEBON, (Professeur de Clinique Médicale)	**Président**
M. G. ILLOUL, Maître de Conférences Agrégé (Gastro-Entérologie)	**Juges**
M. B. MENTOURI, Maître de Conférences Agrégé (Chirurgie) . . .	
M. O. BOUDJELLAB, Maître de Conférences Agrégé (Cardiologie) . .	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits a l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni a favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai a leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A MES PARENTS A QUI JE DOIS TOUT.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE en gage de ma reconnaissance.

A MA GRAND-MERE.

A MES FRERES ET SOEURS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536522_0005

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEBON
Professeur de Clinique Médicale.

qui nous a fait le grand honneur de présider le jury de notre thèse. Il nous a toujours acceuillis avec bienveillance dans son service. Il a été parmi nos juges au concours de l'Internat. Par son enseignement clair et précis, ses conseils expérimentés il a guidé nos premiers pas dans la médecine.
Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre grande admiration.

A NOS MAITRES ET JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ILLOUL

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment guidé dans sa réalisation.
Au cours des différents stages que nous avons effectué dans votre service vous n'avez jamais ménagé ni votre temps ni vos efforts pour nous aider. Nous tenons à vous exprimer ici le témoignage de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BOUDJELLAB.

Vous nous avez reçus à plusieurs reprises dans votre service. Par votre enseignement et vos sages conseils vous avez été pour nous un maître et un ami.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MENTOURI.

Qui nous a acceuilli dans son service à notre premier stage d'Externe et qui a bien voulu nous faire l'honneur de juger notre travail.

Nous l'en remercions.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SEROR

qui nous a aidé pour la partie chirurgicale de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX.
et notamment
A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGREGES :

MANSOURI
ZEMIRLI
LEUTENEGGER
CHAULET
MARGAIRAZ
TOUMI
LARBAOUI.

qui nous ont toujours manifesté leur sollicitude.

A NOTRE CONFERENCIER D'INTERNAT :
MONSIEUR LE DOCTEUR C. SUAUDEAU
en témoignage de notre fidèle amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AIT MESBAH

A TOUS MES COLLEGUES de la Clinique Médicale et du corps de l'Internat.

INTRODUCTION

La recto colite hémorragique est une maladie plus particulièrement répandue dans les pays anglo-saxons et en Europe. Sa fréquence en Algérie, faute d'études statistiques à ce jour, reste difficile à déterminer. Cependant il n'est pas rare de la rencontrer sous nos climats ; les observations que nous rapportons permettent de dire qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pensait jusque là, peut être parce que mieux connue et parce que les malades consultent plus volontiers : aussi l'idée de regrouper les différents cas de recto colite hémorragique rencontrés dans le service de la Clinique Médicale entre 1962 et 1968 nous a paru interessante à plus d'un titre.

On verra ainsi les différents aspects que peut revêtir la recto colite hémorragique dans ce pays en raison :

1/ des conditions socio-psychologiques particulières :

- retard de soins qui nous fait voir les malades à des stades déjà évolués,
- évènements récents qui, prennent toute leur importance lorsqu'on sait le rôle maintes fois souligné, des traumatismes psycho-affectifs dans le déclenchement et l'entretien de la maladie.

2/ Conditions géographiques particulières également, puisque l'Algérie est située dans une zone d'endémie amibienne, et puisque beaucoup d'auteurs admettent que l'amibiase peut faire le "lit" de la recto colite hémorragique, il nous sera possible de verser au dossier de ce problème nos propres constatations.

"Maladie grave, atteignant le colon en partie ou en totalité prédominant toujours à sa surface et a sa terminaison, se traduisant le plus souvent par un syndrôme dysentérique d'allure aïgue ou chronique" telle est la définition qu'en 1935 RACHET et BENSAUDE donnaient à la recto colite hémorragique.

Cette définition plus de trente ans aprés, demeure valable, du moins dans les formes les plus typiques de la maladie. Cependant peut être sera t-elle remaniée le jour où seront levées les incertitudes d'ordre nosologique qui continuent à l'entourer. Ces divergences se retrouveront également dans la conception étiopathogénique de la recto colite hémorragique; les théories sont multiples, mais quoiqu'il en soit il n'y a pas de conception precise et il se dégage actuellement deux courants de recherche concernant, d'une part le rôle des allergènes, d'autre part l'intervention du système nerveux.

Sur le plan pratique, le problème diagnostique peut être trés difficile de même que les problèmes pronostiques et thérapeutiques souvent redoutables puisque dans certains cas la seule solution réside dans une colectomie de sauvetage. Notre série qui porte sur un nombre limité de cas illustre assez bien tous ces problèmes.

-÷- /-/ISTORIQUE -÷-

C'est en 1688, que SYDENHAM a le premier identifié cliniquement cette maladie, mais la première description valable en a été faite en 1875, par WILKS et MOXON grâce à une autopsie.
Aprés eux ALLCHIN, à la London Pathological soc., puis HALEWHITE en 1888 en publient d'autres cas.
Aux travaux de ces anatomo-pathologistes font suite ceux des chirurgiens : FOLLET, pour la première fois en France (1885) fait un rapport au congres de Chirurgie française sur cette maladie.
En 1902, Thèse de G. LABBE. Dés 1903 BOAS lui donne le nom de "colite ulcéreuse" Dés lors, les travaux se succèdent à un rythme accéléré : SEGOND, CADE, HUTINEL, NOBECOURT, RACHET, BENSAULE, BUSSON, en France, BONORINO, en Argentine, GALLART-MONES, Espagne, HURST et BARGEN, aux U.S.A. se penchent sur cette affection.
Le congrès de 1950 de Gastro entérologie à Bruxelles permet la première mise au point sérieuse.
Depuis, les travaux ont surtout porté sur la recherche d'une étiologie : signalons à ce sujet les études de BERNIER, CORNELIS et LAMBLING en France, ainsi que ceux de BROBERGER et PERLMANN, de KIRSNER en Grande-Bretagne, qui se sont penchés sur les phénomènes d'auto-immunisation.

Dans le domaine thérapeutique, l'histoire de ces dernières années a été marquée par les progrés de la chirurgie d'exérèse qui a bénéficié de l'expérience de nombreux auteurs : AYLETT et GOLLIGHER en Angleterre, SAEGESSER en Suisse, MIALLARET en France pour ne citer que ceux-là. CATAN et BUCAILLE introduisent en France la lobotomie pré-frontale.

CHAPITRE II.er

MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

Nous avons rassemblé 25 cas de recto colites hémorragiques hospitalisées entre 1962 et 1968, dans le service de la Clinique Médicale (Pr LEBON).
Nos malades se répartissent de la façon suivante : 15 hommes et 10 femmes.
Les critères de sélection de nos observations furent les suivants :

--- un bilan clinique tenant compte du nombre de selles par jour, de l'aspect de ces selles (fécales, afécales, hémorragiques), des phénomenes d'accompagnements (douleurs abdominales, altération de l'état général).

--- un bilan endoscopique dont tous nos malades ont bénéficié et qui constitue la base du diagnostic.

--- un bilan radiologique qui nous a permis d'établir une "carte géographique" des lésions, de fixer leur étendue et leur topographie ainsi que leur importance. Nous noterons cependant qu'il n'y a pas d'aspect radiologique vraiment spécifique de cette affection (CATAN) mais il n'en demeure pas moins que ce temps reste capital pour le diagnostic et le pronostic.

--- un bilan biologique comportant : + une formule et numération sanguine, témoignant de l'importance de l'anémie et du degré de surinfection ;
+ un bilan hépatique et un protidogramme surtout, puisque l'on sait le retentissement de l'affection sur le métabolisme protidique, en particulier dans les formes évoluées.

--- Quant au bilan histologique et a l'étude du profil psychique de nos malades, ils n'ont malheureusement pas pu être réalisés de manière systématique en raison de difficultés diverses.

Tous nos malades n'ont pas été revus régulièrement parce que, résidant loin du centre hospitalier, se heurtant à des difficultés sociales et matérielles majeures car issus pour la plupart de couches sociales déshéritées.

- A la lumière de nos observations nous envisagerons une étude d'ensemble de la recto colite hémorragique en la distinguant en six chapitres.

= Les aspects cliniques ;
= les aspects radiologiques ;
= l'endoscopie et l'anatomo-pathologie ;
= le relief biologique ;
= les différentes attitudes thérapeutiques ;
= les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude.

Observation n° 1

Mr H.....Belkacem, 30 ans, présente 2 mois et demi avant son admission dans le service un syndrôme diarrhéïque fait de selles bi-quotidiennes, sans coliques mais accompagnées d'épreintes et de rectorragies.

Malgré un traitement symptomatique son état s'aggrave et à l'entrée dans le service on note une diarrhée cholériforme avec rectorragies. L'état général est trés altéré (amaigrissement de 23 Kg depuis le début de la maladie).

Il n'y a pas d'antécédants pathologiques.

- Les examens parasitologiques et bactériologiques des selles sont négatifs.
- La rectoscopie montre une muqueuse congestive, avec ulcérations saignant au contact et recouverte de secrétions purulentes. Existence d'une formation polypoïde à 10 cm de l'orifice anal.
- Une biopsie rectale montre un foyer granulomateux sans signature étiologique et sans atypie cellulaire.
- Au lavement baryté : microrectie. Diminution du calibre de tout le colon jusqu'au coecum.
  Aspect ulcéro prolifératif diffus.
- Pas d'anomalie au transit du grêle.
- Au bilan biologique : hypoprotidémie à 50 g/l avec albumine inférieure a 30 g/l.
  Discrète anémie à 3 600 000 G.R. Pas d'hyperleucocytose.
- Aprés traitement médical comprenant des antibiotiques puis une cure prolongée de Salazopyrine, des petits lavements à garder à base de Vitamine A, et du Majeptil, on ne note aucune amélioration.
  La diarrhée persiste faite de 5 à 6 selles muco-sanglantes au nombre de 5 à 6 par jour.
  Pas de modifications endoscopiques.

Devant l'échec du traitement médical, l'importance et l'étendue des lésions, le malade est confié au chirurgien.

Le traitement chirurgical a consisté en une colectomie totale emportant la dernière anse, et iléostomie.

Les suites opératoires sont bonnes, en dépit d'un ictère viral bénin qui dure 2 mois. Les rectorragies et l'écoulement muqueux se tarissent.

A la rectoscopie de contrôle la muqueuse rectale est normale sans ulcérations.
Cette évolution favorable fait procéder au 2eme temps opératoire : le rétablissement de la continuité
... (11 mois aprés).

Cette deuxième intervention entraine cependant une rechute avec aggravation de l'état local qui oblige a rétablir l'iléostomie sans toucher à l'anastomose.
Il y a amélioration de l'état général mais persistance des lésions ulcérées et apparition de nombreux polypes.
On pratique alors l'amputation du rectum : depuis, le malade se porte bien.
Cette amélioration persiste, 2 ans aprés l'intervention.

Au total : Il s'agit d'une recto colite hémorragique d'évolution sévère, avec lésions étendues a tout le colon. Aprés échec du traitement médical, l'évolution fut favorable aprés recto colectomie.

Observation N° 2

Mr B.....Tayeb, 29 ans, est hospitalisé pour recto colite hémorragique dont les premières manifestations remontent à 5 ans par des diarrhées sanglantes et des douleurs abdominales.
La poussée actuelle évolue depuis 2 mois : elle est caractérisée par l'émission de 15 selles par jour sanglantes et purulentes s'accompagnant de ténesme et d'épreintes, de douleurs de la F.I.G. et une fièvre à 38°.

A l'entrée : altération sévère de l'état général (amaigrissement de 15 kg).

A l'examen parasitologique des selles on retrouve des entémoeba histolytica histolytica.
La coproculture est négative.

La rectoscopie montre une muqueuse "pleurant le sang", secrétions purulentes, piquets hémorragique diffus et nombreuses ulcérations.

Le lavement baryté objective une microrectie, la disparition des haustrations du colon gauche et du transverse ; le coecum parait participer au processus : il s'agit donc d'une forme diffuse.

Du point de vue biologique il n'y a ni anémie, ni hypoprotidémie (P.P. 69 g/l).

Le traitement médical comporte une cure de 2 Déhydroémétine qui fait disparaitre les amibes, mais reste sans effet sur la diarrhée. On a recours également aux sulfamides intestinaux (Ganidan), aux neuroleptiques (Majeptil). On prescrit des lavements a garder à base de Vitamine A et de Corticoïdes (Lépoméarol) puis des chocs par vaccins T.A.B. Ce traitement se solde par un échec.
Le malade est adressé en Chirurgie.

On pratique une colectomie totale terminée par une anastomose immédiate iléo sigmoïdienne termino-terminale sous le couvert d'une iléostomie de décharge (Procédé de BERTRAND-RIBET).

Les suites opératoires sont excellentes. L'iléostomie est supprimée 9 mois aprés. Le malade se porte bien 2 ans aprés l'intervention.

Au total : Il s'agit donc de la deuxième poussée évolutive d'une recto colite hémorragique grave avec amibiase associée. En raison de l'étendue des lésions, au retentissement sur l'état général, aprés échec du traitement médical, la colectomie est pratiquée avec des résultats trés satisfaisants.

Observation N° 3

Mr M.....Omar, 29 ans, présente depuis 1 mois des rectorragies avec épreintes et ténesme rectal ainsi qu'une impressionante altération de l'état général. Le malade est un sujet anxieux.

A l'entrée dans le service : la diarrhée est importante faite de 5 à 8 selles par jour, sanglantes et purulentes. La température est à 38°. L'état général est altéré.

La coproculture est négative, il n'y a pas de parasites dans les selles.

A la rectoscopie, la muqueuse parait hyperhémiée avec aspect de "piqures de puce", trés fragile. Présence de pus. La jonction rectosigmoïdienne est infranchissable.

Au lavement baryté : discrète diminution du calibre de l'ampoule. Tout le colon est interessé par le processus : le sigmoïde est tubulé rigide ; il en est de même du reste du colon jusqu'au coecum. Les bords sont toutefois festonnés. La longueur du viscère est discrètement réduite.

Au bilan biologique : anémie à 2 660 000 G.R. avec hyperleucocytose à 10 160 G.B. Les protides totaux sont a 60,5 g/l dont 36,5 g/l d'albumine et 24 g/l de globuline.

Le traitement est institué. Il comprend les médications suivantes : Mexaforme, Halopéridol, lavements locaux (Vit. A + Actapulgit + Ganidan).

Les résultats sont nuls. Il n'y a ni amélioration clinique ni endoscopique:la muqueuse rectale reste fragile avec le même aspect pétéchial;seul a disparu l'enduit purulent.

Devant l'échec du traitement, l'indication opératoire est posée mais le malade refuse l'intervention.

Au total : Forme sévère de recto colite en première poussée rebelle au traitement médical.

Observation n° 4

Mr B.....Lounès, 36 ans, présente depuis 1 an une diarrhée chronique de 2 à 4 selles par jour avec douleurs abdominales ; l'état général est altéré. Cette diarrhée résiste a un traitement antibiotique banal, puis à un traitement antituberculeux prescrit par son médecin traitant.

A l'entrée dans le service : le nombre de selles est de 5 par jour. Il existe une déshydratation globale importante.

Les examens bactériologiques et parasitologiques des selles sont négatifs.

La rectoscopie objective de nombreuses ulcérations polycycliques et, recouvrant la muqueuse, un enduit purulent. L'aspect est trés évocateur de recto colite hémorragique ulcéreuse et purulente.

Au lavement baryté pas de microrectie. Le colon est dilaté dans son ensemble avec diminution des haustrations.

Transit du grêle : aspect de grêle fonctionnel sans plus.

Du point de vue biologique : la protidémie totale était à 60g/l avec albuminémie à 30 g/l. Il n'y a pas d'anémie (4 000 000 G.R.).

Le traitement médical a essentiellement comporté des pansements intestinaux et des désinfectants (Hexaforme, Ganidan).

Amélioration rapide avec prise pondérale de 10 Kg.

Au contrôle endoscopique on note un nettoyage complet de la muqueuse. Il ne persiste qu'une ulcération polycyclique a 5 cm de l'orifice anal.

Ce malade a été revu 1 mois plus tard pour perte pondéral de 10 Kg aprés un choc psychologique (décès d'un parent) mais sans reprise de diarrhée . A la rectoscopie la muqueuse parait normale, sans ulcération.

Au total recto colite hémorragique évoluant d'un seul tenant depuis 1 an, ayant réagi favorablement au traitement médical, avec disparition des lésions rectales.

Observation N° 5

Mme S.....Fatma, 41 ans, présente depuis 6 mois des rectorragies. Avant son admission dans le service le tableau clinique est complété par l'apparition de douleurs abdominales diffuses puis l'installation d'un syndrôme diarrhéïque avec émission de selles molles accompagnées de mucus et de sang ; puis les selles deviennent afécales. L'état général s'altere rapidement.

A l'entrée dans le service, on se trouve en présence d'une femme en mauvais état général, on note des rectorragies de sang rouge et l'émission quotidienne de 10 à 15 selles afécales.

La rectoscopie montre une muqueuse congestionnée, fragile d'aspect pétécnial. Les amibes dysentériac non hémétophages et une bacille pyocyanique sont retrouvés aux examens parasitologiques et bactériologiques des selles.

Lavement baryté : microrectie. Tubulation de tout le colon jusqu'au coecum. Aspect ulcéro prolifératif net. Pas reflux dans les anses grêles.

Du point de vue biologique, il existe une discrete anémie à 3 500 000 G.R., une hyperleucocytose à 15 360 avec polynucléose. Les protides totaux sont à 46,7 g/l avec albumine à 29 g/l.

Le traitement mis en oeuvre comporte des sulfamides intestinaux, des neuroleptiques, des transfusions de sang et des lavements avec Vitamine A, des hémostatiques et des désinfectants intestinaux.
On obtient ainsi une rémission nette; les douleurs cèdent, les rectorragies disparaissent, les selles redeviennent fécales, l'état général se restaure.

Au total Il s'agit donc d'une recto colite hémorragique étendue évoluant d'une seule tenue, avec association a une amibiase. L'évolution fut favorable sous traitement médical.

Observation n° 6

Mr M.....Ali, 34 ans a présenté une première poussée de recto colite hémorragique à la suite du décès d'un de ses amis au cours d'une poussée grave de récto colite hémorragique.
Il est traité à l'Hôpital Bichat dans le service du Pr LAMBLING par la Salazopyrine et les lavements locaux pendant 1 mois.
Aprés une rémission complète de 2 mois, les diarrhées et les rectorragies reprennent. Elles s'accompagnent de douleurs abdominales, et d'une rapide dégradation de l'état général comme en témoigne la perte de 12 Kg en 2 mois.

A l'entrée : le nombre des selles varie entre 4 et 6 par jour; elles sont sanglantes.

La parasitologie des selles et la coproculture sont négatives

La rectoscopie montre une muqueuse violacée, fragile avec piqueté hémorragique, cet aspect s'étendant au delà de 20 cm.

Le lavement baryté revele une diminution globale de la lumière colique avec perte des haustrations et aspect irrégulier de la muqueuse surtout a partir de la jonction sigmoïdo-colique.

Sur le transit baryté du grêle on ne note qu'une stagnation dans les dernières anses iléales.

Les examens biologiques montrent une hypoprotidémie à 49,9g/l (Alb. 18,8 g/l - Gl. 31,1 g/l) F.N.S. 4 020 000 G.R. 3 720 G.B.

Le traitement médical a base de Salazopyrine, de lavement à garder (comprenant de la Vit. A et du dépomédrol), du Majeptil (2 cp par jour) entraine une amélioration notable : le nombre de selles diminue (à 1 a 2 par jour). L'évolution ultérieure a par contre été défavorable le malade ayant fait une rechute hémorragique fatal aprés un choc affectif

Au total

Il s'agit donc d'une recto colite hémorragique trés sévère ayant évolué en 3 poussées sur un terrain psychique trés perturbé.

Observation n° 7

Mr E..... ..Ahmed, 28 ans, est hospitalisé une première fois dans notre service pour des douleurs de la F.I.G., des diarrhées et des rectorragies avec ténesme rectal, apparues depuis 2 mois. Les selles sont au nombre de 15 par jour.

A la rectoscopie, la muqueuse est rouge vineuse d'aspect granité, sans ulcérations, ne saignant pas au contact mais recouverte d'un enduit purulent et de secrétions hémorragiques venant de plus haut.
Il n'y a pas de germes ou de parasites dans les selles.

Au lavement baryté : microrectie
Tubullation de tout colon gauche jusqu'à l'angle gauche. Au delà accentuation des haustrations. Diverticule du colon gauche. Reflux dans la dernière anse iléale.

Le traitement prescrit comporte du Ganidan puis de la Salazopyrine, et des lavements a la Vitamine A.

Le malade sort légèrement amélioré mais il est rénospitalisé 1 mois aprés pour les mêmes symptômes qui n'ont en fait jamais cédé.

A la rectoscopie la muqueuse est encore congestive recouverte d'un réseau capillaire fin et trés rouge ; présence de muco pus et de sang. Il n'y a pas d'ulcérations. Présence de monilias à l'examen de selles.

Le traitement est repris et on ajoute aux lavements locaux du Dépoméarol.
Mais le résultat est mauvais : la diarrhée résiste. Le malade émet 10 selles par jour environ, l'aspect endoscopique ne se modifie guère. Le malade sort à sa demande avant le contrôle radiologique.

Au total Recto colite hémorragique évoluant d'une seule tenue, hémorragique et purulente avec lésions endoscopiques et radiologiques évocatrices.
Il s'agit d'une forme résistant au traitement médical,

nécessitant l'intervention chirurgicale mais le malade s'y oppose.

Observation n° 8

Mr A.....Mohand, 29 ans présente depuis 1 an et demi des diarrhées avec douleurs irradiants en cadre. Il aurait reçu un traitement émétinien sans succes.

Jusqu'à son admission dans le service ces symptômes n'ont jamais regressé et la diarrhée est importante avec émission de selles muco-sanglantes. L'état général est trés altéré.

Aux examens parasitologiques des selles on trouve des Entamoeba histolytica, histolytica.

La rectoscopie montre une muqueuse congestive, fragile, saignant au contact, avec des ulcérations polycycliques de dimensions variables recouvertes soit de sang soit de pus. L'aspect est celui d'une recto colite ulcéro-hémorragique et purulente.

La biologie ne retrouve pas d'anémie ni d'hyperleucocytose (4 300 000 G.R. - 6 900 G.B.). Les protides toaux n'ont pas été dosés.

Au lavement baryté : microrectie

Accentuation des haustrations coliques.

Calibre normal de ce viscere. Les dernieres anses grêles paraissent normales.

Le traitement médical est entrepris par l'Humatin (2 grammes par jour pendant 1 semaine) puis par la Salazopyrine, les lavements locaux (Vit. A, Actapulgit, Dépoméurol), enfin par les chocs au T.A.B. Ces traitements n'entrainent aucune amélioration et l'on retrouve toujours les mêmes lésions endoscopiques.

Au total : Il s'agit là d'une forme évoluant d'une seule tenue, résistant au traitement médical. L'indication opératoire est posée mais le malade refuse.

Observation n° 9

Mr H.....Saïd, 39 ans, présente depuis 3 ans des épisodes dysentériques au nombre de 3, ayant duré chacune entre 2 et 6 mois. Entre ces épisodes, les rémissions étaient completes, l'état général se restaurait. On n'a aucun renseignement sur la nature des traitements prescrits.

A l'entrée : état général trés altéré.

syndrôme dysentérique avec selles (10 à 15/j) afécales, sanglantes et purulentes. Température a 37°. Présence d'Entamoeba histolytica minuta dans les selles. Pas de germes pathogene a la coproculture.

Les rectoscopies successives montrent un aspect hémorragique par fragilité capillaire ; puis l'existence d'un polype situé a 23 cm dont l'examen histologique révele qu'il s'agit d'un pseudo polype inflammatoire au contact duquel la muqueuse est oedémateuse et congestive. Cet aspect est celui d'une recto colite hémorragique à un stade déja avancé.

Lavement baryté : microrectie

réduction du calibre de tout le colon jusqu'au bas fond coecal, lequel n'est pas interessé par le processus pathologique. Aspect marécageux et perte des haustrations.

Le traitement comprend outre le "régime" habituel, des sulfamides intestinaux (Ganidan) et des désinfectants (Hexaforme). Trés rapidement le nombre de selles diminue (2/j) l'état général se restaure. Cette évolution a cependant été émaillé d'une complication infectieuse : hépatite virale bénigne qui prolonge l'hospitalisation.

Au total : Forme de recto colite, étendue, évoluant par poussées. Le traitement médical agit favorablement sur la poussée mais l'indication opératoire est portée devant l'étendue de lésions, l'altération de l'état général. Le malade refuse la colectomie.

Observation n° 10

Mr B.....Messaoud, 50 ans, a présenté il y a 9 ans des rectorragies pendant 3 mois. Depuis des rechutes se sont succedées sans qu'on ne retrouve de facteurs déclenchants précis.
Son hospitalisation dans le service est motivée par l'apparition de ténesme rectal, d'épreintes et de diarrhée avec altération de l'état général.

La rectoscopie montre une muqueuse rouge, congestive avec ulcérations polycycliques, hémorragiques, ou "en coup d'ongles".

La parasitologie des selles retrouve des kystes d'Entamoeba coli. La coproculture est positive à un germe gram(-), genre proteux mirabilis.

Au lavement baryté : microrectie
diminution des haustrations au niveau du sigmoïde jusqu'a l'angle gauche avec conservation de l'extensibilité.
Au delà, le colon est normal, peut être discretement irrité.
Reflux dans les anses iléales qui semblent normales.

Aprés traitement médical : comportant Bismuth, Mycostatine, puis Bemarsal, on note une amélioration locale ; il ne persiste que quelques ulcérations miliaires et un piqueté hémorragique.

Au total : Recto colite hémorragique de gravité moyenne évoluant par poussées.

Observation n° 11

Mr K.....Boualem, 19 ans, a présenté en 2 ans 3 épisodes diarrhéïques avec rectorragies et douleurs de la F.I.D.

A l'entrée : la diarrhée est très importante (20 à 25 selles par jour), et s'accompagne d'épreintes et de ténesme. L'état général est altéré, la température a 38°7.

Dans les selles il existe des entamoeba histolytica histolytica mais pas de germes pathogènes.

A la rectoscopie : la muqueuse est chagrinée ; elle a un aspect pétéchial typique, avec un peu de pus. A 20 cm de l'orifice anal on retrouve toujours le même aspect pétéchial et un mucus très abondant.

Le lavement baryté objective une microrectie et un rabottage des bords. Ces lésions remontent jusqu'au colon droit qui, toutefois, semble épargné.

Du point de vue biologique on ne note pas d'anémie : 4 300 000 G.R. mais il existe une hyperleucocytose à 10 700 G.B. Le taux de protides est de 69,2 g/l dont 38,2 g/l d'albumine.

Le traitement anti amibien par Benzo-Flagyl négative les selles mais reste sans effet sur la diarrhée et les rectorragies. Les désinfectants intestinaux associés aux chocs au T.A.B. par contre améliorent notablement l'état du malade. Il y a sédation des douleurs et de la diarrhée, reprise pondérale de 9 kg. Amélioration de l'etat de la muqueuse rectale : il n'y a plus d'enduit purulent mais elle conserve un aspect congestif. Le malade sort.

Mais réhospitalisation 15 jours plus tard avec a nouveau des diarrhees sanglantes (2 selles par jour).

A l'examen endoscopique il existe un aspect typique de R.C.H. Les amibes F.V. sont, encore, retrouvées dans les selles.

Le traitement médical repris, comporte du Flexaforme, et des antibiotiques (Tifomycine) associées à des chocs au T.A.B.

Trés rapidement survient une rémission clinique et endoscopique totale.

Au total : Recto colite hémorragique évoluant par poussées depuis 2 ans, associée à une amibiase, et ayant bien répondu à la vaccinothérapie.

Observation n° 12

Mr L.....Mohand, 45 ans, ancien ulcéreux présente depuis 1 an une diarrhée faite de 10 à 12 selles muco-purulentes, par jour, accompagnées de fievre et d'amaigrissement.
Sous l'effet d'un traitement symptomatique, amélioration, mais tous les signes réapparaissent 1 mois aprés une intervention pour "hémorroïdes et fistule intrasphynctérienne". On retrouve, a ce moment, dans les selles des amibes dysentériques (F.V.), des giardias et une purée leucocytaire. Un traitement émétinien prescrit alors reste totalement inefficace.

A l'entrée dans le service, la diarrhée persiste : émission de 8 à 10 selles par jour avec sang et quelquefois pus. L'état général est médiocre. La température à 39°.

Les examens des selles : à la parasitologie présence d'amibes dysentériques (F.V.) et à la coproculture pyocyanique.

La rectoscopie montre des lésions de rectite hémorragique et purulente avec spasme important a 10 cm de l'anus.

Le lavement baryté objective une micro-rectie, une diminution modérée du calibre du côlon gauche avec images a type de pavage et irrégularité des bords (aspect ulcéro-prolifératif).

Au bilan biologique : anémie à 2 600 000 G.R.
Protides totaux 55,2 g/l dont 20,7 g/l d'albumine.

Le traitement médical comporte des médications a visée générale (Nutrylisat, sang) qui remontent la protidémie et améliorent l'état général ; des pansements (Actapulgite du Hexaforme et des antibiotiques (Colimycine) qui négativent les selles, ainsi que des lavements huileux. Ce traitement reste sans effet sur la diarrhée et les rectorragies, et l'indication opératoire est posée. En raison de l'atteinte rectale, de la microrectie et de l'existence d'une fistulation, la procoto-colectomie est indiquée mais en 2 temps opératoire.

1°/ Temps : colectomie totale avec iléostomie.
L'état général s'améliore (reprise pondérale de 15 kg) ainsi que l'état de la muqueuse rectale qui se nettoie complètement).
2ème temps : 9 mois aprés, on conserve le rectum et on rétablit la continuité par anastomose termino-latérale.
Les suites opératoires sont caractérisées par l'apparition rapide de selles diarrhéïques et d'une incontinence anale trés pénible pour le malade.

Au total : Recto colite hémorragique et purulente, forme localisée évoluant en 2 poussées, rebelle au traitement médical.
Echec du traitement chirurgical.

Observation N° 13

Mme B..... Fatma, 35 ans, présente depuis 2 ans une diarrhée avec émission de 8 à 10 selles fécales, hémorragiques accompagnée de ténesme et d'épreintes. Depuis 1 an, les selles sont devenues purulentes.

A l'entrée : l'état général est altéré. L'examen des selles est négatif:il n'y a ni parasites ni germes.

A la rectoscopie, l'aspect réalisé est celui d'une recto colite hémorragique et purulente avec ulcérations polycycliques.

Le lavement baryté montre une microrectie, une irritation du colon dans son ensemble, et un reflux dans les dernières anses iléales.

Le traitement par Salazopyrine, Ganidan et lavements huileux est inefficace : la diarrhée persiste (4 à 5 selles par jour).
Une série de chocs au T.A.B. entraine un effet favorable sur l'état général ; la diarrhée cède (1 à 2 selles par jour). Il n'y a plus de sang ni de pus.

Au total : recto colite hémorragique et purulente évoluant sans rémission depuis 2 ans, réagissant favorablement au traitement par chocs au T.A.B. La malade a été perdue de vue.

Observation n° 14

Mlle B.....Haliua, 21 ans, présente depuis 3 ans des rectorragies quotidiennes, accompagnées parfois d'épreintes et de ténesme. L'apparition de ces symptômes a été précédée par un choc affectif important.

A l'entrée dans le service les rectorragies sont au nombre de 3 à 4 par jour, plus fréquentes en période de surmenage ou de soucis. Les selles sont quelquefois muqueuses et purulentes.
L'état général est bien conservé.

Les examens bactériologiques et parasitologiques des selles sont négatifs.

La rectoscopie montre une muqueuse fragile, saignant facilement et, au niveau du rectum une ulcération superficielle, polycyclique, de 3 cm de diamètre environ.

Le lavement baryté retrouve une microrectie
une accentuation
des haustrations sans autres modifications. Reflux dans les dernières anses grêles sensiblement normales.

Sous traitement médical on ne note aucune amélioration.
Ce traitement comportait des Neuroleptiques(Majeptil) des Sulfamides intestinaux (Ganidan) et des lavements huileux..

Malade revue 2 ans plus tard : "statu quo" Il n'y a ni aggravation ni guérison.

Au total : Il s'agit d'une recto-colite hémorragique à forme localisée (rectale) évoluant en 1 seule poussée depuis 3 ans et sans retentissement sur l'état général.
(l'indication opératoire ne se justifie donc pas malgré l'échec de la thérapeutique médicale).

Observation N° 15

Mme K.....Sakina, 34 ans, a été traitée 4 ans auparavant, dans le service pour amibiase intestinale. Puis 3 ans plus tard, s'est installé un syndrôme dysentérique avec douleurs abdominales, tenesme et épreintes.

A l'entrée : l'état général est relativement conservé en dépit d'un amaigrissement de 17 Kg. Il n'y a pas de fièvre.

Les examens parasitologiques des selles et la coproculture sont négatifs.

La rectoscopie montre une congestion de la muqueuse qui est recouverte de secrétions hémorragiques et purulentes, avec par place, piqueté hémorragique.

Les protides totaux sont bas : à 55 g/l. Il n'y a pas d'anémie (4 500 000 G.R.) ni d'hyperleucocytose (8 800 G.B.)

Un traitement médical à base d'antibiotiques (Néomycine), de Salazopyrine, et de lavements locaux aux corticoïdes, entraine une amélioration clinique et endoscopique.

La malade est sortante.

1 mois aprés la sortie, réapparait une diarrhée faite de selles muco-sanglantes.

L'etat général s'altere. La température est alors à 38°.

La malade est réhospitalisée. Les selles deviennent parfois afécales, constituées de sang et de pus.

Les examens bactériologiques et parasitologiques des selles sont à nouveau négatifs.

A la rectoscopie : muqueuse granitée, recouverte de mucus sans ulcérations.

Au lavement baryté : diminution modérée du calibre de l'ampoule; accentuation du plissement colique ; pas d'images d'ulcérations.

Du point de vue biologique on retrouve à peu prés les mêmes chiffres.

On prescrit un traitement par les antibiotiques per os, les pansements intestinaux, puis les chocs au T.A.B., les lavements avec corticoïdes (Solupred) ainsi que des

Neuroleptiques (Equanil et Majeptil). Ce traitement entraine une rapide amélioration de l'état général et une sédation de la diarrhée. La muqueuse conserve son aspect granité. Malade perdue de vue.

Au total : recto colite hémorragique localisée, à rechutes chez une malade ayant antérieurement présenté une amibiase.

Observation n° 16

Mme S. DAOUIA, 54 ans, présente depuis 3 ans des épisodes dysentériques avec émission de 6 a 8 selles par jour, accompagnée de ténesme et d'épreintes. Ces épisodes se répetent tous les 2 a 8 mois et durent 2 a 3 mois.

Depuis 7 mois, s'est installé un nouvel épisode dysentérique, avec fievre à 38°. Elle a été traitée pendant 1 mois (on n'a aucun renseignement sur le traitement reçu), sans résultat.

A l'entrée dans le service les selles, au nombre de 6 à 8 par jour, sont souvent afécales faites de sang et de pus, et s'accompagnent de douleur de la F.I.G.

Les examens parasitologiques des selles décelent des amibes type entamoeba histolytica histolytica à 3 reprises.

La rectoscopie montre une muqueuse congestionnée avec un piqueté hémorragique uniformement réparti et d'abondants placards hémorragiques et purulents ; à 10 cm zône spasmée et plus hémorragique ; on y pratique un prélèvement biopsique.

Cette biopsie montre un revêtement épithétial exulcéré en surface mettant a nu un chorion oedémateux et congestif infiltré d'éléments inflammatoires. Les tubes glondulaires sont rares. "Cet aspect est compatible avec le diagnostic de recto colite hémorragique en poussée aïgue.

Au lavement baryté : microrectie, le reste du colon est normal

Par le traitement émétinien on obtient une diminution du nombre de selles qui restent purulentes ; toutefois les amibes disparaissent.

Par la suite, les antibiotiques intestinaux associés à des lavements avec des corticoïdes et les neuroleptiques, entrainèrent une nette amélioration.

La malade n'est plus revue aprés sa sortie.

Au total : R.C.H. étendue, évoluant depuis 3 ans par poussées successives, avec amibiase surajoutée. Le traitement émétinien reste sans effet sur l'évolution de la R.C.H. qui réagit favorablement aux lavements huileux avec corticoïdes.

Observation n° 17

Mme B....., 24 ans présente depuis 1 an des rectorragies de petite abondance, sans douleurs ni troubles du transit intestinal.
Au bout de 6 mois, les rectorragies sont plus importantes, les selles s'accompagnent de l'émission de pus ; ces signes inquiètent la malade et entrainent l'hospitalisation.

A l'entrée : l'état général est moyen ; la température à 37°8.
Les examens de selles mettent en évidence des amibes type entamoeba histolytica histolytica.

Du point de vue radiologique on ne note qu'une augmentation des haustrations coliques.
Biologie : Protides totaux : 69 g/l. F.N.S. 3 750 000 G.R. - 7 600 G.B.
Un traitement émétinien est institué. Il fait disparaitre les amibes, des selles mais reste sans effet sur le nombre de selles (2 a 6 par jour) et sur les rectorragies.
A la rectoscopie de contrôle on ne note pas d'amélioration.
Un traitement par les lavements locaux avec Corticoïdes, les neuroleptiques (Halopériaol) et les chocs aux T.A.B. entraine une amélioration de l'état général et la disparition des rectorragies.
La malade n'a pas été revue aprés sa sortie.

Au total : recto colite hémorragique localisée (rectum) évoluant d'une seule tenue depuis 1 an, avec amibiase associée. Le traitement émétinien est resté sans effet mais les chocs au T.A.B. ont donné des résultats satisfisants.

Observation n° 18

Mme K.....Rekia, 59 ans présente depuis 2 mois des douleurs abdominales diffuses, une diarrhée faite de 8 à 9 selles mêlées à du sang avec des épreintes, et du ténesme.

Elle aurait présenté le même épisode il y a 2 ans.

A l'entrée dans le service, l'état général est moyen, la température a 37°.

Des amibes type entamoeba histolytica histolytica sont retrouvées dans les selles ainsi que du staphylocoque pathogène.

A la rectoscopie, la muqueuse rectale parait fragile; elle est recouverte d'un piqueté hémorragique abondant, confluent par endroits, il existe un écoulement séro muco-hémorragique abondant.

Au lavement baryté : pas de microrectie mais dolicho-sigmoïde, les haustrations coliques ont disparu sur tout le colon, surtout à gauche. Extensibilité conservée à la partie droite.

L'évolution sous traitement antibiotique (Erythromycine), sulfamides intestinaux (Mexaforme) et Halopériaol est rapidement favorable ; le transit intestinal se normalise (1selle par jour).

La malade a été perdue de vue.

Au total : recto colite hémorragique à forme localisée (Colon gauche évoluant par poussées (2 poussées en 2 ans) et ayant réagi favorablement au traitement médical.

Observation n° 19

Mme B.....Hadda, 40 ans, présente depuis 1 an un syndrôme dysentérique avec altération rapide de l'état général, pour lequel elle a été hospitalisée une première fois. Elle sort du service, améliorée mais présente toujours 5 à 6 selles par jour. Assez rapidement les douleurs des 2 fosses iliaques réapparaissent, les selles deviennent incomptables accompagnées de pus et de sang.

A l'entrée : l'état général est trés altéré. On trouve des amibes type entamoeba histolytica histolytica dans les selles mais pas de germes.

A la rectoscopie : aspect pétéchial sur fond congestif ecchymotique;il n'y a ni ulcération ni pus.

Lavement baryté : microrectie et-tubulation trés importante du colon dont le diamètre ne dépasse pas 2 cm.

- reflux dans les dernières anses grêles qui paraissent normales.

Les examens biologiques montrent : une hypoprotidémie à 55 g/l dont 31 g/l d'albumine.

Anémie a 2 350 000 G.R. et hyperleucocytose : 10 800 G.B.

Le traitement médical comporte une cure d'émétine puis des sulfamides intestinaux (Ganidan), des pansements (Actapulgit) et des lavements huileux. On associe également de l'Haloperidol. L'amélioration est sensible : les selles sont au nombre de 4 à 6 par jour, d'aspect normal ; l'état général se restaure, l'anémie est corrigée. La malade refuse le traitement chirurgical qui lui est alors proposé et n'a pas été revue depuis.

Au total

R.C.H. étendue d'évolution sévère en une seule poussée avec amibiase associée.

Observation n° 20

Mr K.....Kaci, 20 ans, est hospitalisé parce que depuis 2 mois, il présente des douleurs abdominales avec une diarrhée muqueuse et sanglante, épreintes et ténesme (10 à 15 selles par jour). L'état général est altéré avec anémie clinique ; il existe des oedemes carentiels siégeant aux membres inférieurs.

A la rectoscopie : grappe polypoïde d'aspect rouge vif non indurée siégeant a 7 cm de la marge anale. Rectum type infantile avec agglomérat de polypes rassemblés en grappe Présence de 2 ulcérations muqueuses. Pas de fragilité de la muqueuse.

Au lavement baryté : microrectie
atrophie de tout le colon ; aspect ulcéro-prolifératif étendu ; reflux dans l'iléon qui semble normal.

Biopsie : Epithélium exulcéré hypersecrétant avec chorion inflammatoire et nombreux vaisseaux dilatés.

Biologie : hypoprotidémie à 51,7 g/l portant sur l'albumine (17 g/l) Anémie a 3 millions G.R.

Un traitement par les pansements intestinaux (Actapulgite) et les sulfamides (Ganidan) associés à des neurosédatifs (Halopériaol) plus traitement à visée générale (sang, protides) est institué. L'indication opératoire est portée mais le malade refuse.
Par la suite : amélioration de l'état général, fonte des oedèmes mais persistance des diarrhées ; pas de modifications endoscopiques.

Au total : il s'agit d'une recto colite hémorragique étendue avec lésions ulcéreuses et prolifératives ; l'intervention chirurgicale est refusée par le malade.

Observation N° 21

Mr G.....Tayeb, âgé de 45 ans, présente 4 mois avant l'hospitalisation, des selles glaireuses et hémorragiques au nombre de 15 par jour. Il reçoit un traitement ambulatoire sans résultats. Un autre traitement lors d'un séjour en Clinique amene une légère regression (7 à 8 selles par jour).

A l'entrée : 3 à 4 selles par jour faites de sang et de pus avec douleurs abdominales. Etat général altéré, amaigrissement de 12 Kg. Température a 37°2.
Antécédants : a l'âge de 12 ans, traumatisme anal.

Rectoscopie : fragilité de la muqueuse. Pus et aspect granité. Ulcérations planes.

Examen parasitologique des selles : Kyste d'amibes dysentériques.

Biologie : protides totaux 56 g/l. Albumine 32 g/l.
F.N.S. : 3 200 000 G.R. - 8 060 G.B.

Lavement baryté : Microrectie. Perte des haustrations au sigmoïde, aspect en accordéon au C. Ascendant. A partir de l'angle gauche, aspect normal.

Traitement : lavements a garder (Vit. A, Laudanum, Salazopyrine)
Halopéridol faible
Flagyl, puis Actapulgite
Choc au F.A.B.

Evolution

Aprés 1 mois : amélioration trés nette sur le plan clinique et endoscopique (disparition des hémorragies)
Aprés 6 mois : l'amélioration persiste.

Au total : recto colite ulcéro-hémorragique à forme localisée, ayant évolué favorablement sous traitement médical.

Observation n° 22

Mr D.....M. âgé de 25 ans sans antécédants pathologiques, est hospitalisé pour hémorragies intestinales. Le début remonte a 6 mois et s'est manifesté par des rectorragies enfin de selles, sans troubles du transit. Deux mois aprés, apparition d'un syndrôme dysentérique avec selles muco-glaireuses et sanglantes (3 à 4 par jour).

A l'entrée : synarôme dysentérique sévère (10 selles par jour) avec douleurs abdominales en cadre, altération de l'état général, amaigrissement, température a 38°.

Rectoscopie : muqueuse granitée, rouge vineuse, trés fragile. Pas d'ulcérations, pas de polypes.

Biologie : protides totaux : 48 g/l, albumine : 16 g/l F.N.S. : 4 500 000 G.R. - 24 000 G.B.

Examens parasitologiques des selles : presence d'entamoeba histolytica, histolytica.

Lavement baryté : pas de microrectie, aspect ulcéro-prolifératif étendu a tout le colon.

Traitement on entreprend une cure émétinienne associée a un traitement a visée générale ; les selles ne normalisent, les hémorragies persistent. Par la suite, traitement par choc (T.A.B.) et lavements à garder qui entrainent une trés nette amélioration clinique et endoscopique.

Evolution : Phlébite du M.I.G. un mois aprés l'entrée, traitée par les anti-coagulants, toutefois l'amélioration se poursuit. Mais l'indication opératoire est portée en raison de l'étendue des lésions, de la rapidité d'évolution (1 an une seule poussée) et de la gravité de cette poussée.

Au total : recto colite hémorragique, sévère évoluant en une seule poussée. Le traitement médical donne de bons résultats mais l'indication opératoire est posée.

Observation n° 23

Mme G.....Chérifa, âgée de 30 ans est hospitalisée pour recto colite hémorragique dont le début remonte à 15 ans. Cette affection a évolué en 5 poussées dont 2 coïncidèrent avec une grossesse.

A l'entrée : syndrôme dysentérique fait de 7 a 8 selles par jour sanglantes et muco-purulentes. Douleurs abdominales diffuses et parfois épreintes. Pas de fievre mais altération de l'état général, amaigrissement de 8 Kg recemment. La derniere rechute a été déclenchée par un choc affectif; la malade est émotive et trés irritable.

Rectoscopie : aspect chagriné de la muqueuse avec relief granité, muqueuse congestive mais sans grande fragilité. Pas d'ulcération.

Parasitologie des selles et coproculture négatives.

Lavement baryté : pas de modification du calibre recto colique mais diminution de l'élasticité de l'ampoule.

Biologie : P.T. 70 g/l avec albumine 33 g/l
Bilan hépatique normal
F.N.S. 4 600 000 G.R. - 8 800 G.B.

Traitement : lavements locaux
Chocs au T.A.B.
Hexaforme + Actapulgite, Halopériaol faible : 10 gouttes.

Les résultats au traitement médical sont bons :
- disparition des signes cliniques et endoscopiques,
- persistance d'un piqueté hémorragique à la rectoscopie de contrôle.

Au total :
Forme a recnute évoluant depuis 15 ans (5 poussées) sans grand retentissement sur l'état général.

Observation n° 24

Mr K.....Mohamed, âgé de 35 ans, originaire de Palestro a présenté 2 mois avant son hospitalisation un syndrôme dysentériforme avec selles muco-sanglantes, épreintes et ténesme (10 a 15 selles par jour) et température à 40°. Cet épisode a duré 4 jours. Il a été amelioré par un traitement symptomatique prescrit a l'hôpital d'El Kettar.

Depuis 1 mois, on note la réapparition de rectorragies pures, sans diarrhée, qui se sont accompagnées d'un épisode hématurique, dont l'origine colibacillaire fut par la suite démontrée.

A l'entrée : bon état général ; 2 a 3 selles quotidiennes légèrement hémorragiques. Amaigrissement de 9 Kg en 2 mois. Douleurs abdominales diffuses. Température : 37°4.

Antécédants : il y a 10 ans traumatisme ano rectal par sévices lors de la guerre de libération. Depuis 2 ans douleurs abdominales.

Examens parasitologiques des selles négatifs a plusieurs reprises.

Rectoscopie : ulcérations multiples de grande taille, en carte géographie avec aspect congestif de la muqueuse.

Lavement baryté : Pas de signes nets de M.C.H. pas de microrectie, colon peu modifié.

Biologie : P.T. 51,7 g/l

F.N.S. : 4 900 000 G.R.

4 800 G.B.

Traitement : lavement à garder (Vit. A, Hexaforme, Actapulgite)

Choes au T.A.B.

Intétrix + Actapulgite

Atarax.

Evolution : favorable ; disparition des rectorragies et amélioration de l'état général

Au total : recto colite ulcéro hémorragique évoluant depuis 2 mois, sans grand retentissement sur l'état général. Cette première poussée a réagi favorablement au traitement médical.

Observation n° 25

Mme M.....Zahia, âgée de 35 ans, présente depuis 17 ans des poussées de R.C.H. se manifestant par une diarrhée glaireuse et des rectorragies (3 à 4 selles par jour) s'accompagnant de douleurs abdominales.

Ces poussées surviennent 1 fois par an et s'améliorent par divers traitements médicamenteux : antibiotiques fungiques, sulfamides intestinaux (Salazopyrine).

Cette malade n'a jamais été hospitalisée.

Elle est suivie par notre consultation a titre externe.

- La dernière poussée remonte à Octobre 1968 : selles sanglantes et glaireuses (1 à 2 par jour) accompagnées d'épreintes et de ballonement intestinal. Il n'y a pas de fièvre, l'état général est conservé.

Par contre le terrain psychique est assez altéré:il s'agit d'une malade refoulée, souffrant d'un complexe d'infériorité.

L'examen parasitologique des selles à plusieurs reprises est négatif.

La rectoscopie montre une muqueuse rouge saumonée, fragile avec présence de glaire et de sang, saignant au contect ; présences de pétechies. A 18 cm aspect normal.

Au lavement baryté : aspect tubulé du colon gauche.

La biologie : Protides totaux : 79 g/l avec Albumine : 35 g/l
F.N.S. 3 200 000 G.R. - 3 920 G.B.

On prescrit un traitement médical par Salazopyrine
Actapulgite
Fer
Majeptil 1cp/j.

qui entraina une remission clinique et endoscopique.

Au total : forme légère de recto colite hémorragique évoluant par poussées depuis 17 ans, sans retentissement sur l'état général.

CHAPITRE II

DONNEES GENERALES

SEXE

Nos malades se répartissent de la façon suivante : 15 hommes et 10 femmes soit, en pourcentage, 60% d'hommes 40% de femmes. Ceci ne corrobore pas les données classiques selon lesquelles la R.C.H. est une affection qui frappe plus souvent les femmes (55% de femmes aux U.S.A.)

AGE

Si nous considérons la date au début apparant de l'affection, l'âge des sujets varie de la façon suivantes

- moins de 20 ans.....2
- 21 a 30 ans.....9
- 31 a 40 ans.....8
- au dessus de 40 ans.....6

L'âge le plus bas étant de 19 ans et l'âge maximum de 59 ans. Nous noterons que nous n'avons retrouvé aucun cas de R.C.H. chez les enfants malgré nos investigations dans les services de pédiatrie. Il ressort de ces chiffres que dans la majorité des cas (68%) la maladie apparait entre 20 et 40 ans ce qui correspond effectivement aux données classiques (CATAN). Nous donnons ci dessous un tableau statistique comparatif :

⁄-) G E	moins de 16 ans	16 à 40 ans	40 à 60 ans	plus de 60 ans
STATISTIQUES AMERICAINES	16%	50%	30%	4%
STATISTIQUE SUISSE (Thèse WARIDEL)	3%	53%	25%	19%
STATISTIQUE PERSONNELLE	0%	76%	24%	0%

TABLEAU I

Cette absence d'observations de recto colite hémorragique aux âges extrêmes de la vie peut expliquer dans une certaine mesure la rareté des formes graves que nous avons eues à observer, puisque classiquement c'est à ces âges qu'on voit habituellement les formes graves.

FREQUENCE

Dans un pays où la pathologie intestinale est relativement riche et variée, la R.C.H. parait occuper une place réduite. En effet, durant les cinq dernières années nous avons recueilli 585 observations d'affections intestinales soit, une proportion de 3,7% de R.C.H. Sur ces 585 affections intestinales nous avons relevé 76 amibiase (12,9%). Bien que cette maladie semble plus fréquente dans les pays Anglo-saxons sa répartition géographique est difficile à déterminer. Sur un total de 10 000 hospitalisations le nombre de R.C.H. oscille de 5 (Norvège, Suisse, Allemagne) à 15 (Angleterre) pour atteindre 50 à 100 aux U.S.A. Si l'on étudie le taux de mortalité dû à cette affection, sa répartition parait plus homogène:8,5 pour 1 million d'habitants et par an en Grande Bretagne, 5 aux U.S.A. et 5 au Danemark.

FACTEURS ANTECEDENTS

Ils sont pratiquemment absents dans notre série, nous n'avons noté qu'un cas d'amibiase intestinale chez une de nos malades. Cette parasitose avait été diagnostiquée trois ans avant la première poussée. Pour certains auteurs l'affection succederait dans un pourcentage non négligeable de cas à une amibiase intestinale (8%). Chez deux de nos malades nous retrouvons l'existence d'un traumatisme anal plusieurs années auparavant.

FACTEURS DECLENCHANTS

Nous avons rarement retrouvé un facteur déclenchant précis. Deux fois cependant nous avons retenu le rôle vraisemblable d'un choc psycho-affectif survenant sur un "terrain" perturbé. Cette notion n'est pas pour nous étonner : en effet, il s'agit d'un fait bien établi par tous les auteurs qui ont étudié cette affection.

CHAPITRE III

-÷-÷-÷-

-$- E T U D E C L I N I Q U E -$-

-÷-÷-

I/ ASPECT SEMEIOLOGIQUE GLOBAL

II/ ASPECT EVOLUTIF

III/ COMPLICATIONS

IV/ SURINFECTIONS

L'aspect clinique rencontré nous semble intéressant. à plus d'un titre.

1°/ ASPECT SEMEIOLOGIQUE GLOBAL

Si l'on établit un tableau analytique des différents symptômes nous constatons les faits suivants :

- les diarrhées ne manquent jamais au tableau clinique, elles sont abondantes souvent explosives, entrainant rapidement un retentissement sur l'état général.

NOMBRE DE SELLES PAR JOUR	0 à 5	5 à 10	Plus de 10
NOMBRE DE MALADES	5	7	13

TABLEAU II

- Les douleurs sont constantes : elles affectent soit le type de douleurs abdominales diffuses soit, le plus souvent, d'épreintes et de ténesme.

- Les hémorragies : nous n'avons constaté leur absence que dans deux cas ; ces hémorragies surviennent au moment des selles ou en dehors d'elles, il s'agissait en règle de rectorragies mêlées à du mucopus.

- L'altération de l'état général est quasi constante : elle n'est absente que chez trois malades, encore que l'on relève chez eux un amaigrissement relativement important. Cette altération de l'état général semblait directement en rapport avec la durée de l'évolution et l'importance des diarrhées. Enfin toutes les poussées étaient fébriles.

- Cette fièvre affectait tous les types, le plus souvent elle était oscillante ou ondulante ne dépassant pas 38°5 avec quelques clochers a 40°, et, regressant rapidement sous traitement antibiotique.

2°/ ASPECT EVOLUTIF

Ce sont les modalités évolutives de la R.C.H. qui

retiendront le plus notre attention. Une première constatation s'impose :

a) la longueur de l'évolution, avant qu'un diagnostic précis ne soit porté. Les conditions médicales locales et notamment la difficulté voire l'impossibilité de recourir à un praticien expliquent en partie ces faits. Aussi avant que les malades n'aient consulté, se sont écoulées des périodes extrêmement variables comme en témoigne le tableau suivant :

Moins d'1 an		1 à 2 ans	Plus de 2 ans	
Moins de 2 mois	2 mois à 1 an		2 a 8 ans	Plus de 8 ans
5	5	7	5	3

TABLEAU III

La majorité des malades a donc attendu plus d'1 an avant que l'affection ne soit diagnostiquée.
Pour trois d'entre eux l'affection avait évolué pendant très longtemps: 17 ans pour l'un, 11 pour l'autre et 15 pour une autre.malade.

b) Formes évolutives

+ Les formes à rechutes (10 cas). Elles se répartissent ainsi, compte tenu du nombre de recutes.

Nombre de rechutes	2	4	5	nombre indéterminé
Nombre de cas	4	1	2	3

TABLEAU IV

Les malades pour lesquels nous n'avons pu préciser le nombre de rechutes avaient présenté de trés nombreuses poussées.

La durée des rechutes et des rémissions varient selon les cas : les chiffres extrêmes vont de quelques mois à 15 ans.

Nous n'avons pu préciser les facteurs ayant éventuellement entrainé les rechutes, pas plus que l'influence saisonnière. Pour une de nos malades (Obs. 23) nous avons relevé le rôle aggravant des grossesses : à 2 reprises la gestation a entraîné une poussée. Soulignons qu'il s'agissait de grosssesses non désirées ; on sait que pour expliquer ces faits la plupart des auteurs incriminent plus les perturbations psychiques qu'endocriniennes.
Il apparait enfin dans 6 cas que les rechutes qui amenèrent les malades à l'hospitalisation revêtirent toujours une gravité plus prononcée que lors des poussées antérieures, l'état général étant notamment trés altéré.

+ Les formes à évolution continue : 12 cas
La symptomatologie unique ou dominante se présentait ainsi :
- rectorragies isolées 2 fois
- Syndrôme dysentériques 4 fois
- Diarrhée simple 2 fois
- Diarrhée + syndrôme rectal 5 fois.

Ainsi la symptomatologie clinique dans ces formes a évolution continue est représentée par un syndrôme dysentérique prononcée ou par une diarrhée sanglante avec ténesme et épreinte c'est dire les repercussions rapides et sévères sur l'état général de ces malades.

+ Forme grave : 1 cas (Obs. 6)
A l'occasion d'une troisième rechute, hémorragie cataclysmique inaccessible à toute thérapeutique. Cette poussée terminale avait été déclenchée par l'annonce de la mort d'un ami lui même atteint de colite ulcéreuse. Ce fait illustre combien sont importantes les relations psycho-somatiques dans le déclenchement des poussées de cette maladie.

+ Les formes inclassees

En raison de la brieveté du séjour et de l'absence de renseignements sur l'évolution ultérieure. Il s'agit de 3 malades, l'un hospitalisé durant 6 jours, l'autre perdu de vue aprés seulement un séjour de 1 mois, le 3ème étant sorti aprés avoir refusé l'intervention.

De cette analyse il apparait que les formes graves sont exceptionnelles, comme l'ont signalé du moins la majorité des auteurs français (4 cas sur 150 malades dans la statistique de CAFAN) ; elles seraient plus nombreuses dans les pays anglo-saxons. On peut appeler formes aïgues "celles qui, précédées ou non de poussées antérieures parfois différentes adoptent, par leur symptomatologie une évolution rapide et grave" On peut par ailleur affirmer que sous nos climats, les formes à évolution continue semblent relativement plus fréquentes que dans les autres pays où la forme à rechutes successives représente l'aspect le plus commun de la maladie.

3°/ LES COMPLICATIONS

Nous n'avons observé aucune des complications habituellement signalées qu'il s'agisse des perforations, des retrecissements, de la colectasie ou de la cancérisation.

a) perforations : la fréquence d'une telle éventualité dans les statistiques étrangeres représente un élément dramatique dans le débat sur l'indication du traitement corticoïde. Ces perforations sont d'autant plus graves qu'elles surviennent chez des malades débilités et prennent une symptomatologie camouflée.

b) Retrécissements : leur fréquence serait de 5% pour RACHET. ELles se rencontrent dans 10 a 15% des cas dans les grandes statistiques. L'opinion d'auteurs tels que BENSAUDE et LAMBLING est réservée quant à ces sténoses ; pour eux nombre de retrecissements inflammatoires d'autre origine sont attribués à tort a la recto colite hémorragique.

c) Colectasies : elles n'ont complique aucune de nos recto colites. Elles sont habituellement annoncées par des douleurs abdominales vives, avec poussées fébriles, majoration des autres signes généraux et perturbations métaboliques

Le diagnostic en est radiologique montrant une énorme distension colique ; l'évolution est généralement mortelle. Cette complication est de connaissance relativement récente : MARSHAK, LESTER et FRILHEIM, LUMB, MADISON et BARGEN, ROTH, WALLES, STEIN et BOCKUS sont les signataires des principales communications américaines. En France, ARGOUD, PAMARD et FENEON, LOYGUE et collaborateurs, CACHIN, PERGOLA et SAFAVIAN en ont également rapporté des exemples.
Leur fréquence est évaluée à environ 33% dans les formes fulminantes (GALLACHER) a 40% (RANKIN). Elles seraient la cause de près de 30% des mortalités par colite ulcéreuse observées à la MAYO CLINIC.

d) Nous n'avons pas non plus observé de <u>cancérisation</u> : ce fait n'est pas pour nous étonner, en raison, d'une, part, de l'absence d'un temps de surveillance suffisamment prolongé de nos malades (cette cancérisation ne se verrait qu'aprés un temps minimum de 10 ans), d'autre part de l'extrême rareté de cette complication. Sur 150 observations CATAN (et coll.) relève un seul cas ; sur 102 cas observés à l'Hôtel-Dieu (GUY ALBOT) 3 cas de cancer ont été retrouvés associés a une R.C.H., dont un seul peut être considéré comme une cancérisation. Dans l'ensemble des statistiques françaises on peut évaluer cette cancérisation entre 1 et 3%. Par contre les auteurs Anglo-saxons, considèrent ce risque comme important : dans la statistique de REIFFER-SCHEID, la transformation maligne survient dans 17% des cas évoluant depuis 5 ans et 25% des cas datant de 15 ans. Pour LENNIS et KARLSON, le risque de cancérisation augmente de 4,1% par an au delà de 10 ans à partir de la première poussée. On a même décrit la survenue d'un cancer rectal dans une forme de R.C.H. où le rectum était respecté (SAVAGE). BOCKUS et Coll. ont émis l'hypothèse d'une prédisposition ou d'une sensibilisation colique à la suite de modifications de nature indéterminée qui aurait l'effet de favoriser la survenue de ces cancers.
e) <u>Les fistulations</u> : il s'agit là de complications relativement fréquentes. Nous n'avons quant à nous observé qu'une seule fistule intra-sphinctérienne chez un de nos malades (Obs. 12).

f) Les complications à distance : dans un seul cas nous avons noté la survenue d'une de ces complications. Il s'agissait d'une phlébite du membre inférieur gauche apparue chez l'un de nos malades un mois après son hospitalisation (Obs. 23). En raison de la gravité de cette phlébite et les risques vitaux qu'elle faisait courir, nous n'avons pas hésité à recourir au traitement anti-coagulant, malgré le caractère particulièrement hémorragique que présentait la colite ulcéreuse. L'évolution a d'ailleurs été rapidement regressive, sans sequelles et sans aggravation des hémorragies. Il faut signaler à cet égard que beaucoup d'auteurs hésitent à recourir aux anti-coagulants et preferent pratiquer des infiltrations novocaïniques.
Aucune des autres complications extra-intestinales habituellement décrites n'ont été relevées dans nos cas, en particulier pas de manifestations articulaires dont la fréquence varierait selon les statistiques entre 17 et 53%

4°/ LES SURINFECTIONS

a) Bactériennes

Dans un pays où les infections intestinales sont extrêmement fréquentes, il est indispensable de les rechercher. Les germes responsables sont en général des entéro-bactériacés dont la virulence est exaltée par la modification du milieu habituel, et par le dysmicrobisme intestinal consécutif à l'emploi immodéré d'antibiotiques majeurs. Nous avons relevé dans les selles la présence de staphylocoque pathogène une fois, de bacille pyocyanique deux fois, de moniliase une fois.
En 1958, L. QUINIOU avait isolé 121 types de germes de surinfection.
Chez nos malades, les germes ont disparu aprés un traitement antibiotique adapté et ne semblent pas avoir influé sur l'évolution de la maladie.

b) Parasitaires

Cette association a été systématiquement recherchée en raison de l'endémicité de l'amibiase en Algérie ; elle pose cependant des problèmes difficiles comme nous l'avons déja souligné,

en raison de l'identité des lésions, en particulier au début. Mais l'éventualité la plus fréquente est la surinfection de la R.C.H. par des amibes. Nous l'avons relevé 12 fois dans notre série : 9 fois, il s'agissait d'entamoeba histolytica histolytica, les autres fois d'entamoeba histolytica (minuta ou tétragéna). Il ne semble pas que l'amibiase influe sur les poussées. En effet le traitement anti-amibien institué entraine la disparition des parasites, souvent une diminution du nombre des selles mais en aucun cas il n'y eut de guérison, l'aspect endoscopique restant invariable. La fréquence de cette surinfection, (50% dans notre statistique) est admise par la plupart des auteurs français qui préconisent avec BENSAUDE et HILLEMAND d'abord, CATAN par la suite, d'instituer systématiquement un traitement anti-amibien, même si l'examen de selles est négatif.

CHAPITRE IV

ASPECTS RADIOLOGIQUES

Le temps radiologique est un temps capital pour le diagnostic et le pronostic. Nous sommes cependant d'accord avec la majorité des auteurs pour éviter le lavement baryté dans les formes aïgues, car il peut être mal supporté.

CATAN souligne qu'il existe un parallélisme entre la gravité de la maladie et l'étendue des lésions, mais cette règle n'est pas constante. Nous avons quant à nous observé ce parallélisme dans toutes nos observations.

- Quels ont été les divers aspects radiologiques que nous avons observés.

1°/ La microrectie (15 cas)

Elle était isolée ou associée à d'autres modifications, Il s'agit d'une augmentation considérable du tonus intestinal, associée le plus souvent à une fibrose et entrainant un retrecissement de l'ampoule rectale. Cette atteinte est trés fréquente chez nos malades ; elle était de degré variable mais en règle assez prononcée. Dans 9 cas cette microrectie ne s'accompagnait pas de modifications du calibre colique.
Pour CATAN, ces modifications du tonus et de la motilité n'ont rien de pathognomonique et peuvent être retrouvés dans d'autres types de colites infectieuses ou parasitaires. Pour JOURDE, BOUSKELLA, CONTE et LIGUORY, cette microrectie témoigne d'une longue évolution et serait donc de mauvais pronostic. Cette concordance radio-clinique n'a pas été retrouvée de manière constante dans notre série puisque chez 4 de nos malades, nous avons retrouvé une microrectie alors que les premiers symptomes cliniques remontaient à 6 mois a peine. Pour d'autres on constate que cette microrectie manquait alors que l'évolution clinique dépassait parfois 3 ans. Bien plus chez une de nos malades (Obs. 23), il n'y avait pas de microrectie, alors que la R.C.H. évoluait depuis 15 ans.

Comment interpréter ces faits ?

On peut admettre soit l'existence d'un stade infra-clinique de la maladie avec constitution de lésions anatomiques et donc radiologiques, avant l'apparition des premiers symptômes cliniques ; soit, et c'est ce qui semble le plus vraisemblable il y a une réponse à l'agression variable selon l'individu

et le terrain, et selon l'intensité de cette agression.

2°/ Les aspects atrophiques du colon

Ils furent notés 8 fois, le colon ayant perdu son élasticité était réduit à un tube rigide. Son calibre variait entre 2 et 3 cms et s'accompagnait d'une diminution plus ou moins importante de sa longueur. Cette tubulation était localisée ou diffuse : dans 4 cas elle atteignait tout le colon et s'étendait jusqu'au bas-fond coecal, dans les 4 autres cas, elle était localisée au colon gauche ou au sigmoïde. Ces formes évoluaient depuis longtemps, de 1 à 11 ans ; dans un seul cas, il existait une atrophie localisée au sigmoïde alors que l'affection évoluait depuis 2 mois à peine.

3°/ Les formes ulcéro-prolifératives

La muqueuse ici, a perdu son aspect réticulé, régulier, caractéristique : les plis sont souvent anarchiques ; cette image intéressait l'ensemble du colon. Elle a été retrouvée 8 fois soit 32% des cas. La statistique de l'hôpital Saint Antoine à Paris (1965) donne 26 cas sur 65 (soit 40%) : dans 14 cas (20%) ces modifications ulcéro-prolifératives atteignaient tout le colon.

Dans notre série ces formes sont observées 6 fois sur 8 chez des malades qui présentaient leur première poussée de R.C.H. ; la durée d'évolution aprés le début apparent de l'affection varie entre 1 mois et 2 ans, dans 5 cas elle était égale ou inférieure à 6 mois. (voir tableau récapitulatif)

4°/ Colon peu modifié

Neuf fois, le colon ne présentait que des modifications fonctionnelles discretes, augmentation des haustrations notamment ; mais son calibre, ses parois avaient conservé leur aspect normal ; dans cinq cas toutefois il existait un microrectie importante. Il s'agissait de sujets porteurs de R.C.H. évoluant entre 1 et 15 ans. Les quatre cas sans microrectie concernaient des formes bénignes.

5°/ Les lésions iléales

La partie terminale de l'iléon a été imprégnée au cours de sept lavements barytés : nous n'avons jamais constaté d'anomalies à son niveau. Les formes avec atteintes du grêle sont considérées par la majorité des auteurs comme trés rares,

et s'accompagnent toujours d'une participation coecale. Pour CROHN et BARGEN, cette iléite, lorsqu'elle existe, serait une iléite par reflux. Pour LAMBLING et son Ecole le passage du colon au grêle serait assuré par une innervation ou une irrigation commune des anses coliques et grêles atteintes.

DUREE D'EVOLUTION		0 à 1 an	1 à 2 ans	Plus de 2 ans
TUM	Microrectie (15 cas : 60%)	7 (dont 4 avant 6 mois)	3	5
	Rectum normal (10 cas : 40%)	3	4	3
	Atrophie (8 cas : 32%)	1	2	5
ON	Aspect ulcéro-prolifératif (8 cas : 32%)	7 (dont 5 avant 6 mois)	1	
	Colon peu modifié (9 cas : 36%)	2	4	3

TABLEAU RECAPITULATIF V

CHAPITRE V.

ENDOSCOPIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'exploration endoscopique est le temps principal, et le plus souvent déterminant pour le diagnostic de l'affection. Elle a l'avantage d'échapper aux défaillances de l'examen radiologique qui ne peut explorer finement le rectum et omet les petites lésions muqueuses. Elle permet par ailleurs de situer la phase évolutive de la maladie. Chez nos malades nous pouvons regrouper les aspects endoscopiques de la façon suivante :

Congestion Fragilité	Ulcérations	Polypes	Ulcérations et Polypes
14	8	1	2

TABLEAU VI

- La majorité des malades présentaient donc une muqueuse rouge, oedématiée, fragile au contact, "pleurant le sang", selon l'expression classique (RACHET). Elle était recouverte de mucus et parfois de pus. Cette catégorie groupe de sujets porteurs de formes à évolution continue, 6 fois, les 8 autres malades présentant des formes à rechutes.

- L'autre aspect endoscopique est réalisé par les ulcérations recouvertes de pus et de sang. Il a été retrouvé 5 fois chez des sujets porteurs de formes à évolution continue ; 2 fois dans les formes à rechutes et 1 fois dans une forme non classée (brieveté du séjour).

- Les polypes ont été observés 1 fois : ils étaient associés à un aspect congestif et hémorragique de la muqueuse.

- Enfin, chez 2 de nos malades, on retrouve à la fois des lésions polypoïdes et des lésions ulcéreuses.

Notons que dans 3 cas (Obs. 8, Obs. 17 et Obs. 13), la rectoscopie permettait d'objectiver des lésions que le lavement baryté a ignoré.

De cette étude endoscopique nous retenons certains points :

1°/ La constance de l'atteinte rectale qui est considérée comme une singularité essentielle de la maladie. Les formes coliques pures n'ont pratiquement pas été observées en France comme elles l'auraient été aux U.S.A.

2°/ Si l'on retient la schématisation suivante, proposé par CATAN :

- première poussée = aspect congestif sans ulcération ni polypes.
- poussées ultérieures = apparition d'ulcérations.
- évolution depuis de nombreuses années = apparition des polypes, on s'aperçoit que dans notre série cette schématisation n'est pas toujours respectée puisque :
- dans 2 cas il existait des pseudo-polypes aprés 2 mois et demi d'évolution seulement pour l'un (Obs. 1) et 2 mois pour l'autre (Obs. 20),
- dans 2 cas les ulcerations existaient trés précocement 2 mois d'évolution pour un malade (Obs.20), 4 mois pour l'autre malade (Obs 21) ;
- par contre dans 6 formes évoluant depuis 3 a 15 ans on retrouve une fois seulement un pseudo polype (Obs 9).

Si l'on schématise dans un tableau ces aspects endoscopiques en fonction de la durée d'évolution on obtient les données suivantes :

ASPECT ENDOSCOPIQUE

NOMBRE D'ANNEES	0 à 1 an	1 à 2 ans	Plus de 2 a
ongestion et fragilité de la muqueuse	6	4	4
lcérations	2	3	3
olypes	0	0	1
lcérations + Polypes	2	0	0

TABLEAU VII

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il n'a malheureusement pas été réalisé systématiquement. Seuls 4 de nos malades ont pu en bénéficier ; dans tous ces cas il s'agissait de lésions typiques de R.C.H. Ces lésions devenues classiques depuis les travaux de RACHET, BUSSON et DELARUE sont constitués par :

- une vaso-dilatation intense avec oedeme et érythro-diapédese.
- une hypercrinie évidente.

A ces deux lésions de base, il faut également ajouter l'infiltration parfois considérable du chorion. Quoiqu'il en soit, il s'agit là de lésions dont le groupement reste trés évocateur mais qui ne peut en aucun cas autoriser a porter le diagnostic certain de R.C.H. (CATAN). En effet, la valeur de l'examen histologique reste encore très discuté.Il existe deux courants d'opinion :

- Pour RACHET, et par la suite LAMBLING, POLET et SOULARD, l'histologie permet de faire le diagnostic a coup sûr.
- Pour MARTIN, LAUMONIER, MOUCHE et DEBRAY, les divers aspects lésionnels se voient au cours de n'importe quelle lésion inflammatoire du colon et ne sont donc pas spécifiques. D'autres auteurs avec LUMB et KIRSNER en particulier pensent qu'il existe une spécificité uniquement lors des poussées. De toutes les manières, cet examen histologique garde un grand intérêt pronostique et évolutif.

CHAPITRE VI

RELIEF BIOLOGIQUE

I/ LES TROUBLES DES PROTIDES

Nous n'avons pu malheureusement disposer des dosages des Protides Totaux pour tous les malades et l'électrophorese n'a pas été pratiquée systématiquement. Voici les taux recueillis :

- Protides totaux :

moins de 50 g	50 a 60 g	60 a 70g	Plus de 70g
4	7	5	1

TABLEAU VIII

ce qui nous donne une moyenne de 58 g par litre.

- L'albuminémie était inférieure a 30 g/l chez six de nos malades.

En général nous n'avons pu établir de correlation entre le taux de diminution des protides totaux et la gravité de la R.C.H. sauf pour deux de nos malades : l'un avait présenté une hémorragie cataclysmique,sa protidémie était a 49 g/l et l'albuminémie à 18 g/l (Obs. 6), l'autre présentait une forme sévere de R.C.H. (le taux de P.T. était de 51 g/l, l'albumine a 17 g/l) (Obs. 20). L'évolution ultérieure chez ce malade n'a pu être suivie car il fut perdu de vue aprés avoir refusé l'intervention.

La valeur pronostique d'une chute importante de l'albuminémie a été discutee notamment par LAMBLING et CATAN. Pour LAMBLING une évolution sévère est a craindre chaque fois que le taux d'albumine sérique chute au dessous de 30 g/l. Et si malgré une thérapeutique convenable le taux continue de baisser cet auteur et ses collaborateurs BONFILS et BERNIS préconisent une"iléostomie de sauvetage". L'attitude de CATAN est beaucoup plus nuancée et tout en reconnaissant la gravité d'une baisse marquée de l'albumine, il lui nie toute valeur pronostique, du moins en ce qui concerne l'indication opératoire formelle ; cette attitude est motivée par la réversibilité de l'hypo-albuminémie,

notion que nous avons pu vérifier chez la plupart de nos malades.

La pathogénie de ce trouble paraît liée à la déperdition protidique par les selles (jusqu'à 200 g par jour), au catabolisme exagéré de l'albumine (STEINFELD et Coll.) à la carence d'apport dûe à l'anorexie et l'altération de l'état général et pour beaucoup d'auteurs à la stéatose hépatique. Nous n'avons quant à nous malheureusement, pratiqué aucune étude anatomique du foie. Le bilan biologique hépatique n'était cependant altéré chez aucun de nos malades. Cette stéatose hépatique reconnue en 1937 par CONN et CATAN, par COUD et CAROLI a été confirmée par BAGENSTASS aux U.S.A. et CASAL en France.

II/LES SIGNES HEMATOLOGIQUES

S'ils permettent d'apprécier le retentissement ils n'ont aucune spécificité. Nous n'avons observé qu'une seule fois une anémie sévère à 2 380 000 globules rouges et dans 2 autres cas anémie à 2 600 000 globules rouges. Chez les autres malades le nombre de globules rouges se situe entre 3 et 4 millions. Cette anémie est consécutive aux pertes sanguines mais également à l'absorption continue de matériaux toxiques hémolytiques (BASSLER).

Les modifications de la série blanche reflètent l'infection et se traduisent par une hyperleucocytose avec polynucléose : en moyenne le taux de leucocytes se situe entre 10 et 20 000.

En conclusion, si le laboratoire n'est d'aucun apport pour le diagnostic, du moins il représente un élément important pour l'appréciation du retentissement de l'affection sur l'état général l'ampleur des désordres biologiques et les corrections à y apporter.

CHAPITRE VII

-÷-÷-÷-

I/ LE TRAITEMENT MEDICAL

II/ LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La multiplicité des thérapeutiques, leur efficacité variable et souvent discutée, témoignent des incertitudes étiopathogéniques de cette affection.

I/ LE TRAITEMENT MEDICAL

constituera la première partie de notre étude thérapeutique ; il est avant tout symptomatique.

A/ Les médications :

1°/ Le traitement anti-infectieux

Ce traitement n'a pas d'action directe sur la maladie, mais il supprime un facteur aggravant. (Ch. LEBRAY). Notre préférence s'adresse aux sulfamides intestinaux ; dans la mesure du possible, nous avons administré de la Salicylazo-sulfapyridine, (Salazopyrine). Son avantage réside dans son affinité pour les tissus conjonctivo-élastiques sous-muqueux ; elle fut préconisée par Madame SVARZ, a qui elle a donné 80% de bons résultats ; ils s'élèvent à 90% pour MORRISON, mais pour Ch. LEBRAY ils seraient moins bons.
Elle peut donner lieu à quelques accidents secondaires :

- éruptions cutanées,
- accidents hémolytiques,
- troubles digestifs.

CATAN aurait observé 25% d'accidents secondaires à ce traitement, il préfère le Ganidan à la Salazopyrine. Nous n'avons quant à nous relevé aucun accident ; la dose quotidienne fut de 6 grammes en moyenne, la durée des cures variant de quelques semaines à quelques mois.

Dans les cas où nous n'avons pu l'utiliser, nous l'avons remplacée soit par du Hexaforme (dérivé de la Quinoléïne) soit par de la Sulfaguanidine (Ganidan), sulfamide à large spectre bien toléré, à la dose de 6 g par jour pendant une moyenne de 15 jours.

Les antibiotiques ont fait aussi partie de notre arsenal thérapeutique : nous ne reviendrons pas sur les risques de dysmicrobisme intestinal de ces médications prescrites intempestivement. Nous les avons administrés selon les résultats de la coproculture et de l'antibiogramme, toujours en association à un sulfamide intestinal. Leur indication est

évidemment indiscutable dans les surinfections majeures, locales ou a distance. Certains auteurs y associent systématiquement des antifungiques . nous les avons réservés aux surinfections mycosique associées, prouvées ou suspectées (1 seul cas).

2°/ Le traitement émétinien

Il a été administré 5 fois à des malades qui présentaient une surinfection de leur recto colite hémorragique par des amibes hématophages (entamoeba histolytica histolytica). Nous n'insisterons pas sur les modalités de prescription ni sur les inconvénients qui sont des notions classiques. Pour les autres nous avons utilisé divers amébicides de contact (Flagyl, Direxiode, Bémarsal, Humatin). On constatera que notre attitude n'est pas sytématique en matière de traitement émétinien malgré la fréquence de l'amibiase sous nos climats.

3°/ Les pansements intestinaux

Ils ont été prescrits systématiquement a tous, soit sous forme de sous-nitrate de Bismuth léger, soit sous forme le plus souvent d'Actapulgite, médication qui est venue a cet égard renforcer de façon valable notre arsenal.

4°/ Les traitements locaux

Il est évident que ces traitements trouvent leur indication dans les formes a localisation basse; elles n'auront bien sûr que peu d'effets dans les formes diffuses ou étendues. Nous avons utilisé des petits lavements quotidiens a garder de Vitamine A. (10 à 20 gouttes par 100 cc d'eau) associée à des sulfamides intestinaux (Salazopyrine ou Ganidan), des pansements intestinaux (Actapulgite) et quelques gouttes de Laudanum. Pour RACHET et BUSSON ces traitements locaux entraineraient une amélioration notable ; par contre CATAN, Ch. DEBRAY ne partagent pas cette opinion. Nous estimons cependant qu'ils sont trés utiles comme adjuvants dans la majorité des cas.

5°/ Les corticoïdes

Il s'agit là d'une médication qui a fait naître beaucoup d'espoir mais est sujette à bien des critiques. Leur prescription ne peut être qu'empirique : en effet elle ne repose sur aucune base étiopathogénique sauf si l'on admet comme vraisemblable une étiologie allergique de la R.C.H. Par contre son action anti-inflammatoire en fait une excellente arme symptomatique. Nous ne les avons jamais utilisés par voie générale, par contre sept fois ils furent administrés sous forme de lavements, dans quatre cas avec un résultat satisfaisant. Il s'agit néanmoins d'une drogue qui comporte bien des risques c'est pourquoi nous l'avons écarté chez nos malades. Rappelons que les opinions sont encore trés divergentes à ce sujet. Certains auteurs (LAMBLING, PAOLAGGI) ne donnent les corticoïdes qu'en "cas d'échec des autres médicaments symptomatiques afin d'agir sur un état général trés altéré et sur les troubles fonctionnels". RACHET et HILLEMAND sont également trés réticents a leur égard. Enfin les résultats de cette corticothérapie sont variables selon les statistiques : NATAF (Thèse 1957) donne de bons résultats a court terme, 40% d'assez bons résultats et 10% où l'action a été pratiquement nulle. Les résultats sont a peu prés identiques dans les statistiques anglaises de TRUELOVE et WITTS. Pour SPENCER, KIRNER et Coll. les résultats éloignés furent médiocres. CATAN n'a observé aucune amélioration par les lavements locaux aux Corticoïdes.

La drogue utilisée le plus couramment est la delta cortisone (30 a 40 mg par jour), rarement la Triamcinolone, ou la Dexaméthasone. FIERST et Coll. preferent l'A.C.T.H. en I.V. ou en I.M.

Les accidents digestifs sont particulièrement a redouter, la Prednisone étant cependant moins souvent en cause en cas :

- de poussée hypertensive,
- de troubles psychiques,
- d'hypercorticisme,
- ou de réveil d'une infection latente, telle une tuberculose pulmonaire.

Certains des accidents digestifs relevés ne sont pas propres à la recto colite hémorragique :

- troubles dyspeptiques ;
- ulcères gastro-duodénaux.

D'autres lui sont particuliers telles les perforations intestinales d'évolution torpide survenant au niveau des vastes ulcérations ou la colectase aïgue. Ces accidents ne sont pas si rares comme en témoignent certaines statistiques :

- 3 perforations coliques sur 23 malades (HALSTED)
- 3 péritonites sur 17 malades - (TULIN, Coll.)

Sur 650 observations NATAF observe 8 perforations, 2 hémorragies graves, 1 péritonite. PRUCE et WARREN observent deux fois plus de perforations et trois fois plus d'hémorragies chez les malades traités aux corticoïdes que chez les autres.

6°/ Le traitement par chocs

Ce traitement par chocs protéïniques a été préconisé par RACHET et coll. : il s'agit de déclencher une élévation thermique plus ou moins violente par l'injection I.V. de doses faibles et progressives de vaccin T.A.B., de propidon ou de vaccin anti-chancrélleux (DELCOS). CATAN préfère ce dernier qui lui donne 50% d'amélioration. Nous avons eu recours aux vaccins T.A.B. en une série de dix injections répétées deux à trois fois par semaine. Ils furent réalisés dans 10 cas, 8 fois avec succès, les 2 échecs concernaient des formes graves. Cette pyrétnothérapie fut cependant dans tous les cas associée aux lavements locaux et au traitement anti-infectieux.

7°/ Le traitement neuro-sédatif

Aucun traitement psychiatrique ne fut prescrit, une enquête poussée dans ce sens n'ayant pu être pratiquée. Nous avons cependant eu recours chez nos malades a des sédatifs ou à des anxiolytiques ; nous utilisons habituellement l'Halopéridol faible (7 cas) ou le Majeptil (6 cas) qui nous a donné de bons résultats. Le Procalmadiol a été prescrit chez 1 malade, l'Atarax chez un autre.

M. GIRARD utilise le Majeptil à la dose de 2 à 4 mg par jour pendant un à deux mois : il constate 40 à 50% d'amélioration clinique et endoscopique. Selon l'avis de bon nombre d'auteurs

ces drogues auraient plus une action pharmacodynamique sur les lésions elles même, qu'une action psychiatrique.

6°/ Le traitement à visée générale

Ce traitement comprend essentiellement : la réanimation, la prévention ou le traitement des complications ; il comporte également la compensation des pertes sanguines par des transfusions répétées que nous utilisons systématiquement et dont l'intérêt est double : réparer l'anémie hémorragique et réaliser également une thérapeutique de choc.
Il faut également compenser les pertes protidiques, hydriques et électrolytiques par des perfusions de Trophysan, de Sérum Glucosé, l'apport calorique devant atteindre deux à trois mille calories par jour. On y associe la vitaminothérapie à action préventive sur la stéatose (LEBRAY). Signalons que certains (RINCKEL, SARLES) ont insisté sur les régimes excluant des allergènes connus comme le pain, les oeufs, le lait.
Le repos strict au lit est de rigueur au moins dans les premiers temps et lors des poussées ; il faudra songer à prévenir les escharres et détecter les suppurations péri-anales.

9°/ Les autres thérapeutiques

Nous ne les citerons que pour mémoire, ne les ayant utilisées chez aucun de nos malades.
- L'I.N.H. qui pour LAMBLING, Ch. LEBRAY, et autres, aurait donné des résultats interessants ; il est utilisé à la dose de 150 à 450 mg par jour.
Ce médicament n'ayant pas fait ses preuves, les quelques résultats obtenus étant criticables compte tenu de l'évolution capricieuse de la R.C.H. D'autres raisons nous font reculer devant son utilisation : la fréquence de la maladie tuberculeuse en Algérie, et le risque de résistance secondaire au B.K. par l'utilisation abusive de cette drogue.
- L'Histaglobine, association de Gamma-globulines et d'Histamine aurait pour effet d'élever le pouvoir histamino-pexique du sérum, constamment abaissé dans la R.C.H. : Ch. LEBRAY l'utilise systématiquement.

- La réfrigération colique, proposée par LOYGUE et LEVY et plus récemment par DEBRAY et Coll. sur laquelle il est difficile de porter un jugement valable actuellement.

- L'électro-coagulation préfrontale de CATAN et BUCAILLE réservée aux formes hémorragiques : incontestablement elle inscrit à son actif de bons résultats.

- L'aspiration continue par mise en place d'une sonde de MILLER ABBOT dans la dernière anse iléale est également largement utilisée par les auteurs anglo-saxons (BACON) pour mettre au repos le colon.

B/ RESULTATS DU TRAITEMENT MEDICAL

Echecs	Moyens	Bons
7	6	12

TABLEAU IX

1°) 12 malades ont donc répondu favorablement au traitement médical. Malheureusement, un seul a été revu par la suite (Obs. 22) 6 mois aprés, cette amélioration se poursuit.

2°) Pour 6 malades, nous n'avons obtenu que des résultats moyens, les signes cliniques s'étant plus ou moins améliorés et les signes endoscopiques persistaient.

3°) 7 malades n'ont pas été améliores par le traitement médical. Pour tous ces malades il s'agissait de formes étendues évoluant de longue date.

II / TRAITEMENT CHIRURGICAL

Si la place de la chirurgie reste limitée, il n'en demeure pas moins vrai que bon nombre de malades peuvent en bénéficier.

La recto colite hémorragique a fait son entrée dans le domaine chirurgical il y a à peine une vingtaine d'années.

Depuis l'iléostomie de sauvetage pratiquée "in extrémis" ou presque, jusqu'aux discussions les plus récentes sur la colectomie totale suivie de retablissement immédiat de la continuité, les progrés ont été exceptionnellement rapides.

Nos réflexions concerneront essentiellement :

- l'indication chirurgicale
- la méthode et le résultat.

Indications de la chirurgie

Nous ne pouvons dégager qu'une ligne schématique, une règle de conduite précise n'étant, dans les conditions actuelles de la maladie pas aisée à définir.

Notre conduite, à cet égard fut assez simple. Nous avons posé l'indication chirurgicale chez 10 de nos malades (40%), en nous appuyant sur les criteres suivants :

- échec du traitement médical (Obs. 20, 12, 8, 7, 3, 2, 1), 7cas
- formes étendues avec lésions ulcéreuses ou polypeuses puisqu'il est communément admis que ces lésions n'ont aucune chance de guérir par le traitement médical même si ce traitement a pu améliorer les poussées. (Obs. 22, 19, 9) 3 cas.

Sur ces 10 malades, seuls 4 ont accepté l'intervention chirurgicale.

Il est également des formes qui de l'avis unanime, doivent aussi bénéficier de la chirurgie :

- Les formes de recto colite hémorragique compliquées de perforation ou de colectasie aïgue. Il en est de même des formes avec hémorragies incorcible, encore que pour des dernières le procédé de refrigération colique mis au point par LOYQUE et LEVY ait donné des résultats trés satisfaisants. Le cancer greffé sur R.C.H. est également une indication impérative de l'intervention chirurgicale.
- Mais les formes aïgues et les formes subaigues posent en vérité les problèmes les plus délicats :

- doit-on temporiser au risque de voir les lésions s'aggraver, l'état général se dégrader, compliquant la tâche du chirurgien qui devra opérer, sur un terrain fortement débilité ? ou au contraire se hâter de pratiquer l'intervention chirurgicale en sachant que l'on impose une mutilation abusive à un malade souvent jeune alors que toutes les ressources médicales ne sont pas épuisées ?

Nous estimons qu'une première atteinte de R.C.H. doit être toujours traitée médicalement. Ce traitement sera prolongé et modifié selon ses résultats ; par contre la répétition rapide des rechutes, la gravité croissante des poussées, l'amaigrissement notable doivent imposer l'acte chirurgical.

De même une forme fulminante fébrile devra être confié au chirurgien après échec du traitement médical intensif d'une quinzaine de jours au plus.

Cette attitude systématique ne nous a malheureusement pas mis à l'abri de surprise puisque chez l'un de nos malades (Obs. 6) malgré une amélioration notable par le traitement médical nous avons vu survenir une rechute se traduisant par une hémorragie cataclysmique mortelle que rien ne laissait prévoir.

Les méthodes chirurgicales proposées :

Nous avons à cet égard pu bénéficier de l'expérience de notre Maître le Pr SEROR, qui a opéré tous nos malades, et dont nous épousons les vues et les conclusions sur ces méthodes chirurgicales.

La colectomie doit être pratiquée d'emblée sauf cas exceptionnels, on ne peut plus aujourd'hui se contenter de la simple iléostomie ni même de l'opération en deux temps.

La simple iléostomie, considérée comme intervention de sauvetage est d'une gravité prohibitive. Si l'intention consiste en la mise au repos de la lésion, ce but n'est que rarement atteint : le colon en effet continue à secréter et le malade à perdre ses protides.

Par ailleurs, mêmes les partisans de la chirurgie en deux temps estiment que le résultat est meilleur lorsque les deux temps opératoires sont plus rapprochés.

L'opération en un temps parait souhaitable et presque toujours réalisable sous couvert d'une préparation et d'une réanimation intensives. En dehors des formes perforées ou fistulisées la colectomie n'offre pas de difficultés particulières : plus on réduit les temps opératoires plus on diminue les risques d'occlusion secondaire, complication assez fréquente, (un de nos malades : Obs. 1, a présenté dans les suites opératoires une subocclusion par volvulus sur bride cicatricielle).

L'iléostomie provisoire est généralement acceptée par nos malades avec facilité : ceci implique le double problème de la conservation rectale et du moment du rétablissement du circuit. Il parait paradoxale de chercher à conserver le rectum lorsqu'on sait que la R.C.H. est une affection distale à propagation proximale. Il peut sembler également illogique de chercher à sauvegarder un organe prédisposé à une cancérisation par le fait même de ses lésions histologiques. C'est pour ces raisons que la procto-colectomie est apparue comme le traitement idéal et les efforts ont porté soit sur la conservation anale, soit sur les modalités d'adaptation et de confort des iléostomies définitives.

- L'anastomose iléo-anale n'a pas tenu ses promesses et semble abondonnée de façon quasi unanime du moins en France, car certains auteurs étrangers tel SAEGESSER (Suisse) en demeurent des partisans convaincus.
- L'iléostomie définitive ne saurait également constituer une solution définitive, d'ailleurs elle est généralement refusée par nos malades.

Comment pallier à ces deux difficultés ?

Nous avons déja exposé ce que nous pensions du risque de cancérisation. Quant à l'évolution des lésions rectales, si le rectum est conservé, que faut-il en penser ? Certes, on a constaté aprés collectomie totale avec iléostomie terminale et conservation du rectum qu'il y avait souvent persistance du processus inflammatoire et des écoulements séro-purulents et hémorragiques. Mais on a attribué ces écoulements à un moignon sigmoïdien plus ou moins important, ou à l'abouchement à la peau. AYLETT et MALARET ont montré qu'il suffisait de rétablir la continuité iléo-rectale pour améliorer voire guérir les lésions rectales.

Faut-il admettre donc, que les lésions bien que débutant au niveau du rectum deviennent rapidement irréversibles sur le colon, et entretiennent l'infection rectale plus longtemps réversible.
C'est l'opinion de certains auteurs ; AUGUSTE n'hésite pas à écrire : "loin de constituer une contre indication, le mauvais état du rectum est à notre avis, une indication à rétablir la continuité le plus tôt possible".
A la lumière de toutes ces données, il semble qu'en Algérie, plus qu'ailleurs, la conservation du rectum doit être sauvegardée au maximum et la suppression précoce d'un côlon pathologique doit être préconisée.

Comment réaliser cette conservation ?
Il y a 2 méthodes :

1/ Opération en 2 temps comportant d'abord une colectomie totale avec abouchement à la peau des 2 orifices, ou à la rigueur iléostomie et fermeture du moignon rectal. C'est ce qui a été réalisé chez l'un de nos malades (Obs. 12) : le rétablissement de la continuité a été effectué 9 mois aprés, l'état général et l'état du rectum s'étant nettement améliorés.
Nous notons que :
- l'amélioration locale a été excessivement lente ;
- l'intervention a été particulièrement pénible en raison de la lipsclérose péri-rectale et la microrectie;
- les résultats actuels ne paraissent pas trés satisfaisants en raison d'une atonie sphinctérienne, la diarrhée a repris.

2/ L'opération en 2 temps avec colectomie totale et anastomose iléo-rectale, protégée par une double iléostomie (suivant le procédé de BERTRAND - RIBET).
- Pour une autre de nos malades (Obs. 1) le rétablissement a été pratiqué 9 mois aprés par simple iléo-iléostomie terminale. L'intervention a été pratiquement facile et sans comparaison avec le cas précédent. Les suites ont été excellentes, le malade a été revu 2 mois aprés et l'amélioration se poursuit : les selles sont au nombre de 2 par jour ; elles sont relativement bien moulées. L'appétit est bon.

Enfin on relève une modification totale du comportement de et du psychisme (disparition de l'état dépendance et du complexe de timidité).

3/ L'opération en 1 temps : c'est la plus fréquemment réalisée actuellement. AYLETT en a rapporté 300 cas en 1966, avec des résultats excellents chez 250 malades. Chez 14 autres il a du faire une iléostomie secondaire motivée, soit par une sténose anatomique, une incontinence anale ou une dégénérescence maligne.

MARRET qui en est le promoteur en France, a rapporté 20 cas de conservation du rectum avec 18 guérisons dont 12 avec rectum normal à l'examen endoscopique, 6 autres présentant encore quelques petites poussées hémorragiques. Dans les 2 derniers cas il a été amené à réintervenir et à supprimer le rectum. Le risque du rétablissement immédiat est représenté par le lachage d'une suture avec les conséquences graves d'une fistulisation intra-péritonéale chez un malade fragile. L'anastomose sous iléostomie de protection cherche à éviter le risque. Mais contrairement à RIBET qui la préconise de façon systématique, MARRET pense qu'elle n'est pas toujours indispensable : il signale sur 21 anastomoses dont une protégée les chiffres suivants :

- 1 décès et 5 fistules temporaires sur 13 anastomoses d'emblée
- 1 décès sur 8 anastomoses secondaires.

GRIFFEN, LILLEHEI et WANGENSTEEN sur 53 anastomose dont une seule iléostomie de protection, constatent une mortalité de 3,9%.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

Cette étude bien que restreinte puisqu'elle ne porte que sur un nombre limité de cas (25), illustre bien les multiples problèmes soulevés par la recto colite ulcéro-hémorragique.

Ces derniers resteront posés tant qu'une étiologie précise n'aura pas été dégagée : dans notre thèse, purement clinique, nous n'avons pas la prétention de discuter des multiples théories étiopathogéniques proposées. Par contre les aspects cliniques revêtus par la R.C.H. en Algérie sont interessants à plus d'un égard.

- Affection peu fréquente, sans être cependant aussi rare qu'on ne le pensait auparavant (3,7% de l'ensemble des affections intestinales hospitalisées durant la même période 1962-1968), la recto colite ulcéro-hémorragique atteint un peu plus souvent l'homme (60% des cas) que la femme (40% des cas).

Elle frappe avec prédilection le sujet jeune entre 20 et 40 ans, l'âge le plus bas étant de 19 ans, l'âge maximum de 59. La symptomatologie clinique est caracteristique, elle se traduit le plus souvent par des diarrhées en grand nombre (plus de 10 selles par jour dans 52% des cas). Ces diarrhées sont fécales ou afécales, généralement mêlées de sang et de pus. L'altération de l'état général, et la fièvre etaient de regle, de même que les douleurs abdominales. Nous avons retrouvé comme facteur antécédents dans 1 cas : une amibiase intestinale,
dans 2 cas : un traumatisme ano-rectal.

Dans 2 cas, enfin le début de l'affection a coincidé avec un choc emotionnel.

Quant aux modalités évolutives, nous avons été frappés par la longueur de l'évolution avant que le diagnostic ne soit porté 28% des malades ont attendu 1 et 2 ans, et 32% plus de deux ans avant que l'affection ne soit diagnostiquée.

Les formes à recrutes, par lesquelles se définissait classiquement la maladie sont un peu moins fréquentes (40% des cas) que les formes à évolution continue (48%). Dans 12% des cas nous n'avons pu préciser l'aspect évolutif.

Un seul de nos malades a présenté une forme grave, mortelle par hémorragique cataclysmique.

Nous n'avons observé aucune des complications habituellement signalées qu'il s'agisse de perforations, de retrecissements, de colectasie ou de cancerisation. Cependant un de nos malades a présenté une fistule intra-sphinctérienne, un autre une phlébite du membre inferieur gauche : c'est dire l'extrême rareté des complications dans notr etude.

Par contre les surinfections étaient beaucoup plus fréquentes (60%) : ces surinfections étaient soit bactériennes (12%) soit parasitaires (48%) notamment l'amibiase. Cette surinfection amibienne apparait comme relativement fréquente sous nos climats. Dans neuf cas (36%) il s'agissait d'amibes hématophages, dans les trois autres cas (12%) d'amibes non hématophages. Cette amibiase n'a pas cependant influé sur l'évolution de la maladie.

La rectoscopie a été souvent déterminante pour le diagnostic en révélant des aspects caractéristiques :
- chez 14 malades (56%) il existait une simple congestion de la muqueuse avec fragilité capillaire importante,
- chez 8 autres (32%) on retrouvait des ulcérations,
- enfin dans un cas on a noté l'existence d'un polype isolé, et dans deux cas des polypes avec ulcerations.

Nous n'avons pas pu établir de corrélation nette entre l'aspect endoscopique, et la durée d'évolution de la maladie.

Dans les 4 cas où une biopsie a été pratiquée, l'examen histologique a retrouvé des lésions typiques : vasodilatation hypercrinie, infiltration du chorion.

Le bilan radiologique a permis de préciser l'étendue et la nature des lesions. Il existait :
- des modifications rectales : microrectie dans 15 cas (60%) ; neuf fois elle ne s'accompagnait pas de modifications du calibre colique ;
- des modifications coliques : soit des images d'atrophie (8 malades : 32%)
soit des images ulcéro-prolifératives chez 8 autres (32%)
- Enfin dans neuf cas (34%) le colon était peu modifié.

Il n'existait chez aucun de nos malades de lesions iléales.

Les examens biologiques, montrent la relative fréquence de l'hypoprotidémie (le chiffre moyen est de 58 g/l),

la chute des protides portant essentiellement sur l'albumine Par contre une anémie sévère est assez rare, seuls 3 malades présentaient un chiffre de globules rouges inférieur à 3 millions. La plupart des autres avaient un nombre de globules rouges compris entre 3 et 4 millions.

Le traitement médical a été tenté chez tous : il comportait outre des médications à visée générale (Sang, Nutrilysat ou Tropisan) un traitement anti-infectieux par les sulfamides intestinaux les antibiotiques et les pansements intestinaux, le plus souvent sous forme d'Actapulgite.
Nous avons également prescrit des lavements quotidiens, à garder, comportant Vitamine A. Sulfamides intestinaux et pansements ; chez 7 d'entre eux nous avons ajouté des Corticoïdes.
Par contre, la corticothérapie générale n'a pas été utilisée.
Les chocs protéïniques par Vaccin T.A.B. ont eté pratiqués 10 fois, 8 fois avec succès.
Les drogues neurosédatives ont également été prescrites chaque fois que le "terrain"semblait justifier leur utilisation, soit 15 fois (60% des malades).
Nous n'avons eu recours au traitement émétinien que chez 5 malades porteurs d'amibes hématophages. Pour les autres nous avons utilisé les amoebicides de contact. Ce traitement n'a eu aucune influence sur la recto colite hémorragique elle-même.
Le traitement médical nous a donné 12 bons résultats (48%), 6 résultats moyens (24%) et 7 échecs (28%).

L'indication opératoire nous a paru justifiée chez 10 malades (40%), en raison de l'échec du traitement (7 malades) ou de l'étendue des lésions et de la gravité de la poussée (3 malades). Malheureusement seuls quatre d'entre eux ont accepté l'opération chirurgicale.
Celle ci a consisté en une colectomie totale avec rétablissement de la continuité iléo-rectale dans un deuxième temps opératoire. Pour l'un d'entre eux l'amputation rectale fut cependant nécessaire. Il est difficile de se prononcer sur les résultats de cette chirurgie vu le petit nombre de cas opérés : dans 2 cas l'évolution a été extrêmement satisfaisante, dans un autre l'échec fut total ; enfin pour le dernier nous n'avons pas de recul suffisant pour nous prononcer.

Malgré l'infirmité qu'elle occasionne, la colectomie reste malheureusement souvent le dernier recours dont nous disposons pour enrayer le génie évolutif d'une affection inaccessible à un traitement médical radical tant que demeureront nos incertitudes étiologiques et pathogéniques.

BIBLIOGRAPHIE

AFFOLTER H. - La colite ulcéreuse, une maladie auto-immune.
Méd. et Hyg., 21 sept. 1966, 24 nº 747, 873-874.

ALARY R. - Etiopathogénie de la recto colite hémorragique et purulente.
Cahiers méd. Lyonn., 31 déc. 1967, 43, nº 31, 2885-2896 (Bibliogr.)

AUGUSTE Ch., PARIS J. et TACQUET A. - Recto colites cryptogénétiques.
E.M.C., ESTOMAC, fasc. 9082 A 10, 7-1955.

AYLETT S.O. - 300 cas de recto colite ulcéreuse diffuse traités par colectomie totale et anastomose iléo-rectale.
Brt. Med.J., 23 av. 1966, 1, nº 5494, 1001-1005

AZOULAY C. - Recto colite hémorragique.
Lille chir. Juil.-Oct. 1967, 22, Nº 4-5, 187-204.

BARGEN J.A. - Recto colite ulcéro-hémorragique chronique. Diagnostic et problèmes thérapeutiques. Etude de toute la vie.
Am. J. Roentgenol., Janv. 1967, 99, nº 1, 5-17.

BEL. A. - Traitement médical de la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. Lyonn., 31 déc. 1967,43, nº 31, 2963-2974.

BERNARD R., CARCASSONNE M., MARIANI R. et UNAL D.
La recto colite hémorragique de l'enfant. (A propos de trois observations personnelles).
Marseille méd. 1967, 104, nº 2, 173-178

BERNARD R., CARCASSONNE M., - Recto colite hémorragique, Quinze ans d'évolution médico-chirurgicale.
Arch. franç. Péd. janv. 1967, 24, nº 1, 108.

BERNIER et G. TERRIS - Etio-patnogénie de la recto colite ulcéro-hémorragique.
Bull. Mém. Soc. méd. Hôp. 116, 127 Nº 2 , 1965.

BERTRAND P., LOMBARD-PLATET R. - Les indications chirurgicales dans la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. lyonn. 31 déc. 1967, 43, nº 31, 2955-2961

BILLINGHURST J.R. et WELCHMAN J.M.
Recto colite ulcéro-hémorragique idiopathique chez l'Africain.
Brit. Méd. J. 22 Janv. 1966, 1, nº 5481, 211-213.

BOUVRY M. - Etude des perturbations biologiques de la recto colite hémorragique.
Vie Méd., mai 1966, 47, 779-794.

BUSSON A. et CHOME J. - Colites ulcéreuses cryptogenétiques et recto colite hémorragiques.
Arch. franç. Mal. App. dig. Juin 1967, 56, nº 6, 563-576.

CACHIN M. et Coll. - Les recto colites hémorragiques gravissimes avec colectasie.
Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. 116, 249 nº 2

CAPRILLI R. - La thérapie médicale de la recto colite hémorragique.
Policlinico , 22 janv. 1968, 75, nº 4, 109-117.

CARASSO R. - Résultats et indications des interventions préfrontales dans les recto colites hémorragiques.
Vie méd. Mai 1966, 47, 761-766.

CAROIT M. - Les manifestations articulaires de la recto colite hémorragique.
Entretiens Bichat (Medecine), 1966, 459-462.

CATAN R. - La surinfection dans la recto colite hémorragique
Rev. Prat. 11 - 1961.

CATAN R., BUCAILLE M., CARASSO R. - La recto colite hémorragique
Monogr. , Edit. Flamm. 1959.

CHABANON R. - Les lésions anatomiques de la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. lyonn., 31 déc. 1967, 43, n° 31, 2923-2924.

COSTE F. - Les manifestations cliniques extra-digestives au cours de la recto colite hémorragique.
Vie Méd. , mai 1966, 47, 713-724.

DEBRAY C. et BESANCON F. - La réfrigération modérée au rectum dans le traitement de la recto colite hémorragique. Résultats chez 13 malades.
Entretiens de Bichat (Thérapeutique), 1966, 149-151.

LEGAVRE D. - Manifestations rhumatismales de la recto colite hémorragique et de la maladie de CROHN.
Thèse Paris, 1966, N° 484, 99 pages.

DEUCHER F. - Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.
Deutsche Med. Wschr. , 27 Mai 1966, 91 n° 21, 1001-1003.

DONNELLAN W.L. - Modifications histologiques précoces dans la colite ulcéreuse. Etude au microscope lumineux et électronique.
Gastroenterology, av. 1966, 50, N°4, 519-540,

DUHAMEL J. et HOEFFEL J.C. - Recto colite hémorragique chronique chez l'enfant.
Proc. Roy. Soc. Med. Fév. 1966, 59, n° 2, 126-127.

DURIEZ R. FELIX H. et CUNY R. - Recto colite hémorragique et amibiase intestinale.
Gaz. Hôp. 30 juin 1966, 138, n° 18, 1039-1042.

EISENBETH R. - La recto colite hémorragique purulente et ulcéreuse en 1966.
Strasbourg méd. mars 1966, 126, n° 3, 193-215.

EMERIT J. - La recto colite hémorragique.
Progrès. méd., 24 déc. 1966, 94, n° 20, 837-840.

ENDERLIN F., FAHRLANDER H. et GRAUDINS J. - Traitement de la colite ulcéreuse.
Méd. et Hyg. 29 juin 1966, 24, n° 740, 672-676.

FAHRLANDER H. - Colite ulcéreuse : revue de 172 cas.
Deutsche méd. Wschr. 4 Nov. 1966, 91, n° 44, 1953-1959.

FELIX H. et Coll. - Recto colite hémorragique et amibiase.
Arch. franç. Mal. App. dig. , mars 1967, 56, n° 3, 229-230.

FIGARELLA et coll. - A propos des complications de la recto colite ulcéro-nécrotique.
Arch. Mal. App. dig. 53, 878, Aout 1964.

GIRARD M. - Complications de la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. lyonn. 31 déc. 1967, 43, n° 31, 2939-2952

GIRARD M. et J.J. BUFFAT - La recto colite ulcéro-hémorragique.
Etude statistique de l'évolution de 76 observations.
J. Méd. Lyon 45, 547, Mars 1964.

GIRARD M. et R. CHABANON - Action de la Bétaméthasone en lavements dans la recto colite hémorragique et certaines rectites.
J. Méd. Lyon 46, 571, Mars 1965.

GOLIGHER J.C., De DOMBAL F.T. GRAHAM N.G. et WATKINSON G. : La chirurgie précoce dans le traitement de la recto colite ulcéreuse grave.
Brt. Med. J. 22 Juill. 1967, 3, n° 5559, 193,195.

GOLIGHER J.C. - Traitement chirurgical de la recto colite ulcéro-hémorragique.
Brit. Med. J., 15 juin 1968, 2, n° 5606, 671-674.

GRIZARD : These 1961.

HELLEMANS N. - Mégacolon toxique dans la rectocolite ulcéreuse nécrosante.
Gastroentérologia, 1967, 107, n° 3, 157-160.

HEULLY F. et coll. - L'utilisation clinique de l'Actapulgite par voie rectale dans le traitement des affections recto-sigmoïdiennes.
Semaine hôp. Paris, 26 fév. 1966, 42, n° 10, 610-613.

HILLEMAND P. et coll. - Recto colite hémorragique et amylose.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. 116, 189, N° 2, 1965.

HOEFFEL J.C. - La recto colite hémorragique chez l'enfant.
Vie med. (Enquête), 5 mai 1968, 49, 735-744.

JORES A. - Colite ulcéreuse, maladie psycho±somatique.
Gastroentérologia, 1967, 107, N° 2, 121-130.

JOURDE L. et BOUSKELA R. - Les problèmes radiographiques des recto colites hémorragiques.
Vie méd. Mai 1966, 47, 727-751.

JULD E.S. - Le progres chirurgical dans le traitement de la recto colite ulcéreuse chronique.
Surgery, oct. 1966, 60, n° 4, 783-789.

KRAFT S.C. et KIRSNER J.B. - Etat actuel des mécanisme immunologiques dans la colite ulcéreuse.
Gastro entérology, nov. 1966, 51, n° 5 (2)? 788-801.

LAGARDE R., DALLE H. et DELAGE J. - Le plexus de Meissner dans un cas de recto colite hémorragique.
J. Méd. Bordeaux, fév. 1967, 144, n° 2 311.

LAMBLING A. - La situation nosologique de la recto colite ulcéro-hémorragique.
Vie méd., mai 1966, 47, 665-672.

LAMBLING A. - La recto colite ulcéro-hémorragique.
Méd. et Hyg, 18 janv. 1967, 25, n° 763, 60-62.

LEGLANN H. - Contribution à l'étude de la colectasie aïgue.au cours de la recto colite ulcéro hémorragique (4 observations).
Thèse Paris, 1966, N° 923, 62 pages.

LE QUINTREC Y. - Recto colite hémorragique.
Rev. Praticien; 1er déc. 1967, 17, N° 31 4381-4399.

L'HERMINE C. GERARD A. et ANDRE J.M.
Etude anatomo-radiologique de six observations de colites segmentaires.
Arch. franç. Mal. App. dig. Oct 1966, 25, n° 10, 929-930.

J. LEBON - G.ILLOUL - M. AIT MESBAH - F. MEHDI et A. ZIARI
Recto colite et amibiase en Algérie.
Algérie Médicale (a paraitre).

J. LEBON - G.ILLOUL - M. AIT MESBAH - F. MEHDI et A. ZIARI
Aspects de la recto colite hémorragique en milieu algérien (a paraitre).

LIGUORY C. - Etude anatomique et radiologique de 28 cas de colite ulcéreuse. Essai de confrontation radiologique et anatomique.
Thèse Paris, 1967, n° 610, 91 pages.

LOYGUE J. - Traitement chirurgical de la recto colite ulcéro-hémorragique. Indications et résultats.
Bull. Méd. Soc. Méd. Hop. 116, 171 N° 2 , 1965.

MANDL W. - Indication du traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.
Wien. Med. Wschr. 18 juin 1966, 116, n° 25/26, 583-585.

MIALARET J. - Etat actuel de la thérapeutique chirurgicale des recto colites hémorragiques et des colites ulcéreuse.
Praxis, 6 oct. 1966, 55, n° 40, 1129-1140.

MILONE P. - Etiologie et problèmes thérapeutiques de la colite ulcéreuse.
Minerva Med. 14 Av. 1967, 58, n° 30, 1309-1322.

MORSON B.C. - Cancer dans la colite ulcereuse.
Gut. Oct. 1966, 7, n° 5, 425-426.

MOSSE A. - Diététique des recto colites hémorragiques.
Vie médic. Mai 1966, 47, 805-813.

NAUDIN E.P. - Le diagnostic radiologique de la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. Lyonn. 31 déc. 1967, 43, n° 31, 2911-2920.

ORMEROD T.P. - Observations sur l'incidence et la cause de l'anémie dans la colite ulcéreuse.
Gut, av. 1967, 8, n° 2, 107-114, 7 tabl.

PAOLAGGI J.A. - Problèmes thérapeutiques des recto colites hémorragiques.
Vie méd. mai 1966, 47, 753-758.

PARTURIER-ALBOT M. (Mme), LUNEL J., BOISSON J. et ALBOT G. A propos de deux cas de colite ulcéreuse sans localisation rectale. Etude anatomo-pathologique et discussion nosographique.
Arch. franç. Mal. App. dig. déc. 1966, 55, n° 12, 1179.

PARTURIER ALBOT M. et BOISSON J. - Le foie dans la recto colite ulcero hémorragique.
Entretiens bichat (Médecine), 1966, 463-468.

PERREAU P. JOUBAUL F. et LARRA F. - La lymphographie dans la recto colite hémorragique.
Arch. Franç. Mal. App. dig. sept. 1966, 55, n° 9, 823-824.

POTET F. - Aperçu des problèmes anatomo-pathologiques des recto colites hémorragiques.
Vie méd. Mai 1966, 47, 675-687.

REEVES B.F., CARLSON H.C. et LOCKERTY M.B. - Recto colite ulcéro-hémorragique segmentaire contre Maladie de Crohn segmentaire du côlon. Etude radiographique et pathologique.
AM. J. Roentgenol, janv. 1967, 99, N° 1, 24-34,

SAEGESSER F. et WARIDEL L. - Recto colite ulcero-hémorragique chronique et cancer du gros intestin.
J. Chir. av. 1966, 91 n° 4, 459-470.

SALEM S.N. et SHUBAIR K.S. - recto colite hemorragique non spécifique chez les Bédouins.
Lancet, 4 mars 1967, 1, n° 7488, 473-475.

TAYLOR K.B. - Colite ulcéreuse.
California méd. mars 1966, 104, n° 3 , 191-200.

TERRIS G. - Les problèmes pathogéniques des recto colites hémorragiques.
Vie méd. Mai 1966, 47, 797-802.

TRUELOVE S.G. - Traitement médical de la recto colite hémorragique.
Brit. Med. J. 1 juin 1968, 2, n° 5604, 539-542.

VARAY A. PERIER E. Et RAIN J.L. - Les formes fulminantes et aïgues des récto colites hémorragiques.
Vie méd. Mai 1966, 47, 689-698.

VAUZELLE J.L. - Aperçu histo-pathologique de la recto colite hémorragique.
Cahiers méd. lyonn. 31 déc. 1967, 43, n° 31, 2927-2936.

WARIDEL D. - Aspects de la recto colite ulcéro-hémorragique et conclusions thérapeutiques.
Rév. Méd. Suisse romande, aout 1966, 86, n° 8 509-544.

WARIDEL D. Thèse 1965.

WIEL R. - La recto colite hémorragique.
B.M. Soc. Chir. Paris, 1967, 57, N° 5, 272-283.

WRIGHT R. et TRUELOVE S.R. - Biopsie rectale en serie dans la colite ulcéreuse au cours d'un essai thérapeutique contrôlé de divers regimes.
Am. J. Dig. Dis. Nov. 1966, 11, n° 11, 847-857.

SOMMAIRE

INTRODUCTION P.1

Matériel et méthodes d'etude..... P.5

Données générales P.40

Etude clinique P.43

- Aspect semeiologie global..... P.44
- Aspect évolutif P.45
- Complications..... P.47
- Surinfections..... P.49

Aspects radiologiques P.51

Endoscopie et Anatomie pathologique P.55

Relief biologique P.59

Traitement P.62

- Traitement médical..... P.63
- Traitement chirurgical P.69

Conclusions P.74

BIBLIOGRAPHIE P.79